FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Année scolaire 1892-1893 N° 85

ÉTUDE

SUR LES

ABCÈS CHRONIQUES DE L'AMYGDALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 31 Juillet 1893.

PAR

JEAN-EUGÈNE BABUEL-PEYRISSAC

Né à Cahors le 15 Juin 1861.

Examinateurs de la Thèse..... MM. PIÉCHAUD, professeur, *Président.*
MASSE, professeur,
DENUCÉ,
VILLAR,
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Nouvelle A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

Année scolaire 1892-1893 N° 85

ÉTUDE

SUR LES

ABCÈS CHRONIQUES DE L'AMYGDALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 31 Juillet 1893.

PAR

JEAN-EUGÈNE BABUEL-PEYRISSAC

Né à Cahors le 15 Juin 1861.

Examinateurs de la Thèse..... MM. PIÉCHAUD, professeur, *Président.*
MASSE, professeur,
DENUCÉ,
VILLAR,
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Nouvelle A. BELLIER & Cie
16 — RUE CABIROL — 16

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ.....
MERGET.....
AZAM.....
} Professeurs honoraires.

	Messieurs.
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et Thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGREGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. DENUCÉ. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	MM. PRINCETEAU. N.	Histoire naturelle	M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cliniq. médicale des enf.	MM. A. MOUSSOUS.	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. syphil. et cut.	DUBREUILH.	Pathologie externe	DENUCÉ.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Accouchements	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des voies urin.	POUSSON.	Chimie	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR

A MES TANTES — A MON ONCLE

A MES COUSINS ET COUSINES

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE Dr E. J. MOURE

Chargé du cours de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie
à la Faculté de Médecine.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE Dr T. PIÉCHAUD

Professeur de Clinique chirurgicale des Enfants, Officier d'Académie.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer à la clinique laryngologique de la Faculté un certain nombre de cas d'abcès chroniques des amygdales. M. le Dr Moure a bien voulu nous confier le soin de recueillir ces observations et nous a engagé à les grouper en vue d'un travail d'ensemble.

Cette question des suppurations chroniques des tonsilles est en effet loin d'être élucidée. En dehors de quelques articles spéciaux ou de communications sommaires à des Sociétés spéciales, il n'existe aucun mémoire de longue haleine sur ce sujet qui n'est cependant pas dépourvu d'intérêt pratique. Les traités classiques ne mentionnent même pas la possibilité de ces faits.

Toutes ces raisons nous ont engagé à étudier l'évolution de ces abcès chroniques et à essayer d'interpréter leur pathogénie.

Voici quelle est la division de notre sujet :

Après quelques notions générales sur l'anatomie, la physiologie et l'embryologie des amygdales, nous consacrons un chapitre à l'historique de ces faits dont la connaissance est due à des auteurs français; la littérature étrangère ne contient aucune indication à cet égard.

L'étiologie, la symptomatologie et la marche de cette affection font l'objet des chapitres suivants.

Nous terminons par quelques considérations sur le pronostic, le diagnostic, l'anatomie pathologique, la pathogénie, et nous insistons surtout sur les indications thérapeutiques et sur l'intervention chirurgicale.

Nous ne saurions terminer cette courte entrée en matière sans exprimer à notre maître, M. le Dr Moure, nos sentiments de vive reconnaissance pour les savantes leçons que nous avons reçues de lui au cours de nos études; nous avons été attaché à sa clinique pendant plusieurs années et nous ne saurions oublier que nous avons acquis dans son enseignement quotidien le meilleur de nos connaissances spéciales en laryngologie.

M. le professeur Piéchaud a plus particulièrement droit à notre gratitude. C'est dans son service si actif de clinique chirurgicale, et dans ses leçons si méthodiques et si claires, que nous avons puisé la plupart de nos connaissances en pathologie infantile. Tout en dirigeant nos études médicales, il s'est toujours montré à notre égard d'une affabilité et d'une sollicitude à toute épreuve ; aussi prions-nous ce maître si bienveillant d'accepter l'hommage de notre fidèle amitié. Nous le remercions aussi vivement d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

Nous devons encore rendre hommage à nos anciens maîtres M. le professeur Vergely et M. le professeur agrégé Boursier, pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et physiologie des amygdales.

SOMMAIRE. — *Loge amygdalienne. Forme, volume, couleur des tonsilles ; variations ; rapports des faces et des bords ; épithélium. Cryptes. Tissu adénoïde. Follicules clos échelonnés. Artères. Veines. Vaisseaux lymphatiques. Nerfs. — Capsule fibreuse et ses travées. — Embryologie. Invagination en cul-de-sac de la muqueus eau quatrième mois de la vie fœtale chez l'homme. Discussion au sujet de l'origine des follicules amygdaliens : Retterer (origine épithéliale) ; Stœhr (origine leucocytique). Tissu adénoïde de la base de la langue et du naso-pharynx.*

Rôle des amygdales dans la phagocytose, dans les phénomènes d'absorption. — Pathologie générale : localisations microbiennes ; point de départ de réflexes.

Les amygdales sont des organes lymphoïdes constitués par des follicules clos agminés. Elles occupent sur les côtés et un peu en arrière de l'isthme du gosier une loge qui est limitée en avant par le pilier antérieur et en arrière par le pilier postérieur; elles sont contenues dans la partie supérieure de cette excavation et se dirigent obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Leur forme est généralement celle d'une amande. Leur volume varie dans des proportions très grandes; c'est ainsi que normalement elles ont, d'après Richet, 12 millimètres de longueur

sur 8 de largeur et d'épaisseur; mais elles peuvent s'accroître au point de déborder de tous côtés les parois de leur loge. Dans l'état physiologique, « elles ne doivent ni dépasser le plan des piliers ni faire bomber en avant le pilier antérieur (1) ».

Les amygdales sont de couleur rosée, à moins qu'elles ne soient en proie à une poussée inflammatoire ou à des irritations chroniques par des gaz nocifs, par exemple.

On leur décrit un bord antérieur et un bord postérieur, une face interne et une face externe, une extrémité supérieure et une extrémité inférieure. Mais cette conformation est soumise à des variations nombreuses; qu'on se reporte à l'étude des hypertrophies amygdaliennes pour se rendre un compte exact de ces diversités de forme.

Leur bord antérieur est situé derrière le pilier correspondant auquel il adhère dans sa moitié inférieure; dans sa moitié supérieure ce bord est séparé du pilier, mais il peut contracter avec lui des adhérences pathologiques qui seraient très communes. « Selon Clarence Rice, c'est à cette malformation qu'il conviendrait d'attribuer le plus souvent la forme péritonsillaire de l'angine phlegmoneuse (2). » L'amygdale tuméfiée se trouve bridée par le pilier antérieur dont l'incision, d'après Houzé de l'Aulnoit, atténuerait l'acuité des phénomènes douloureux (3).

Le bord postérieur de la tonsille est séparé du pilier postérieur par une rigole qui se comble dans certaines angines phlegmoneuses. L'extrémité inférieure est distante de quelques millimètres (5 à 6) des bords de la langue; l'extrémité supérieure est surmontée par l'excavation sus-amygdalienne. La face

(1) Balme. De l'hypertrophie des amygdales, thèse de Paris 1888. Cité par A. Sallard : Les amygdalites aiguës, 1892.

(2) Sallard, *loc. cit.*

(3) Houzé de l'Aulnoit. Mémoire sur l'étranglement des amygdales par les piliers du voile du palais, 1864.

interne est plus ou moins saillante, irrégulière, mamelonnée; elle est creusée de 6 à 16 orifices inégaux qui représentent l'embouchure des cryptes amygdaliennes. Quant à la face externe, elle est attenante au muscle amygdalien, lequel est au voisinage de la membrane fibreuse du pharynx.

Entre cette paroi fibro-musculaire et l'amygdale est une atmosphère celluleuse susceptible de s'enflammer. Plus en dehors se trouve l'espace maxillo-pharyngien où passent la carotide interne, les nerfs pneumo-gastrique et grand sympathique, et la veine jugulaire interne. Ce sont là des rapports anatomiques que le chirurgien ne devrait jamais perdre de vue.

Après avoir passé en revue les connexions de l'amygdale avec les parties constituantes de l'arrière-gorge, il y a lieu d'étudier brièvement la structure de cet organe. A sa périphérie, il est tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié analogue à celui de la cavité buccale. Cet épithélium recouvre les parties saillantes et les cryptes; dans l'intérieur de ces dernières, les modifications de cet épithélium peuvent, dans certaines conditions, aboutir à la production de bouchons caséeux.

Au dessous de cette muqueuse se trouve une gangue de tissu adénoïde au niveau duquel s'échelonnent des follicules clos; des artérioles leur envoient de nombreux capillaires qui convergent vers leur centre et se résolvent en veines très développées qui vont s'aboucher au plexus tonsillaire, dépendance, d'après Sappey, du plexus pharyngien. Les artères qui fournissent des ramifications aux amygdales sont : l'artère dorsale de la langue, la palatine inférieure, la palatine supérieure, la pharyngienne inférieure. Les lymphatiques seraient issus, d'après Frey, des espaces périfolliculaires; ils se jetteraient dans les ganglions de l'angle de la mâchoire. Les filets nerveux viendraient du glosso-pharyngien, du pneumo-gastrique et même du spinal. Les nerfs sympathiques appar-

tiennent au ganglion cervical supérieur. On explique la douleur d'oreille qui coïncide avec l'amygdalite par l'anastomose du glosso-pharyngien avec les filets nerveux sensitifs de la corde du tympan.

Toutes ces parties sont soutenues en quelque sorte par un substratum fibreux qui encapsule la face adhérente de l'amygdale et envoie dans son parenchyme des travées qui délimitent autant de loges, lesquelles aboutissent à une crypte. Plusieurs auteurs n'ont pas dépisté les glandes en grappe que Frey avait signalées au pourtour de l'amygdale.

L'embryologie des amygdales a suscité et suscite encore bien des discussions. Ces organes sont visibles vers le quatrième mois de la vie fœtale chez l'homme : ils affectent la disposition en cul-de-sac et dérivent d'une invagination de la muqueuse de l'isthme du gosier.

On est loin d'être fixé sur le développement des follicules amygdaliens. M. Retterer, qui a consacré à cette étude des travaux importants (1) est en désaccord avec M. Stœhr relativement à ce point délicat de la question. Il a résumé, dans un article récent communiqué à la Société de Biologie (2), l'opinion de son adversaire et la sienne.

Pour M. Stœhr : 1° les follicules clos sont formés de leucocytes ; 2° ceux-ci sortent des vaisseaux sanguins par diapédèse ; il en a surpris chez les embryons humains en train de traverser la paroi vasculaire ; 3° les leucocytes s'accumulent entre les travées du tissu conjonctif des cloisons et le transforment en tissu adénoïde. De cette façon se forment les follicules clos de la base de la langue et des amygdales.

(1) Retterer. Origine et évolution des amygdales chez les mammifères (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, 1888, p. 1 à 80 et p. 274 à 360).

(2) Retterer. Du tissu angiothélial des amygdales et des plaques de Peyer (Comptes rendus hebd. des séances et Mém. de la Soc. de Biol. 1892).

Pour M. Retterer, les éléments constitutifs du tissu amygdalien proviennent de la division des cellules épithéliales. L'épithélium de la surface du canal alimentaire pousse des bourgeons qui pénètrent dans le tissu mésodermique comme lorsqu'il s'agit de la formation des glandes en général. Ces bourgeons produisent des amas de cellules arrondis, à faible corps cellulaire (cellules basilaires); ces amas sont entourés par le tissu mésodermique qui les sépare complètement de l'épithélium originel. Avant cette séparation, la limite (paroi propre ou membrane basilaire) a disparu entre les cellules basilaires et le tissu conjonctif; les prolongements de ce dernier ont déjà pénétré entre les cellules basilaires. M. Retterer fait remarquer qu'à ce stade, la périphérie de cette formation est constituée par un tissu dont le réseau est conjonctif et dont les mailles sont remplies par les cellules épithéliales; par contre, la portion centrale reste encore purement épithéliale pour être dissociée à son tour par le tissu conjonctif muni de ses vaisseaux sanguins et lymphatiques. Cette description explique le nom de tissu angiothélial que M. Retterer donne à la trame amygdalienne.

Quoi qu'il en soit, les amygdales appartiennent à la classe des organes lymphoïdes et doivent être rapprochées des follicules clos isolés et agminés de l'intestin et des ganglions lymphatiques; elles ne représentent d'ailleurs pas la totalité du tissu adénoïde de la bouche et du pharynx. La base de la langue, les piliers, la paroi postérieure du pharynx, sont littéraiement semés de follicules clos plus ou moins rapprochés. Le naso-pharynx est plus particulièrement riche en tissu lymphoïde; il existe là comme une troisième amygdale dont l'hypertrophie, les inflammations, ont été l'objet de nombreux travaux pendant ces dix dernières années.

L'obscurité la plus complète enveloppe la physiologie des amygdales. Il semble que leur suppression ne s'accompagne

d'aucun trouble spécial : il est vrai qu'il faut compter avec les suppléances.

On a voulu les considérer comme des organes protecteurs chargés d'arrêter à l'entrée des voies respiratoires et digestives le plus grand nombre des germes morbides. Ceux-ci s'accumuleraient dans les cryptes et deviendraient la proie des phagocytes. Si ces phénomènes de phagocytose existent au niveau des tonsilles, il faut bien avouer qu'ils sont généralement bien peu efficaces, Les amygdales sont en effet le siège d'un grand nombre d'affections parasitaires dont quelques-unes sont remarquables par leur extrême malignité, telle la diphtérie. Il semblerait plutôt que ces organes fussent admirablement disposés pour arrêter au passage les microorganismes qui trouvent dans les inégalités de leur face libre des conditions favorables à leur pullulation.

Nous n'énumérerons pas toutes les variétés microbiennes qui se rencontrent dans la cavité bucco-pharyngienne. Nous renvoyons aux monographies de Vignal (1), de Galippe (2), de Miller (3), aux articles de Netter (4), de Nabias et Sabrazès (5), etc. Nous nous réservons d'agiter cette question au chapitre d'étiologie et de pathogénie.

Hingston Fox (6) a voulu attribuer un rôle d'absorption aux

(1) W. Vignal. Recherches sur les microorganismes de la bouche (*Archives de Physiologie normale et Pathologie*, p. 326, 1886).

(2) Galippe. *Journal des Connaissances médicales*, 1889, p. 338.

(3) W.-D. Miller. *Die Mikro organismen der Mundhœhle*. Leipzig, 1889.

(4) Netter. Microbes pathogènes contenus dans la bouche des sujets sains; maladies qu'ils provoquent (*Revue d'Hygiène*, juin 1890, p. 501).

(5) De Nabias et Sabrazès. Corps étrangers et productions cornées de l'arrière gorge dans les pharyngomycoses. Action du chloto-iodure de zinc sur le *leptothrix buccalis*. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1892).

(6) Hingston Fox. The Fonctions of the tonsils (*Journ. of the Anatomy and Physiol.*, t. XX, 1885-86).

tonsilles. Cette opinion demande à être étayée par des expériences précises.

On constate aussi que les amygdales peuvent être le point de départ de troubles réflexes sur lesquels a plus particulièrement insisté M. Ruault (1). Ici encore, d'autres observations s'imposent.

Telles sont les considérations anatomiques et physiologiques qui nous ont paru mériter d'être produites ici comme une introduction nécessaire à l'étude des abcès chroniques de l'amygdale.

(1) Ruault. De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne (*Arch. de Laryngologie*, 1888, p. 154).

CHAPITRE II

Historique

Sommaire. — *Grynfelt (de Montpellier) publie en 1884 le premier cas d'abcès chronique. — Communication de Noquet (de Lille) en 1888 : prennent part à la discussion, MM. Moure (de Bordeaux) et Hering (de Varsovie). — Cas de Garel (de Lyon) et de Natier (de Paris). — Observations recueillies à la clinique laryngologique de la Faculté, sous la direction de M. Moure. Recherches bactériologiques.*

La première observation d'abcès chronique de l'amygdale appartient à M. Grynfelt (1) de Montpellier. L'auteur, après avoir fait de nombreuses recherches bibliographiques sur ce sujet, déclare que la seule mention d'abcès tonsillaire chronique qu'il ait relevée se trouve dans une observation de kyste hydatique de l'amygdale reproduite par tous les auteurs (Cruveilhier, Vidal, Davaine). Grynfelt remarque que ce fait est probablement le même que celui attribué à Robert. Blandin, en effet, après avoir rappelé le fait de Dupuytren, ajoute : « J'ai pu voir moi-même une partie de cette hydatide qui fut présentée par M. Robert à la Société Anatomique. »

(1) Grynfelt. Abcès chronique de l'amygdale (*Gaz. hebd. des Sciences médicales de Montpellier*, n° 34, 1884).

Avant M. Grynfelt, Davaine avait lui-même fait cette remarque. Dans un traité des entozoaires (1) il donne en effet, comme émanant de Robert, l'observation suivante :

« Un homme éprouvait une grande gêne dans la déglutition, l'articulation des sons et même la respiration, causée par une tumeur développée dans l'amygdale gauche. Cette tumeur n'avait acquis que peu à peu le volume qu'elle présentait au moment de l'observation. On crut à l'existence d'un abcès chronique ; une large incision est pratiquée. Aussitôt, avec un flot de liquide transparent s'échappe une membrane blanche, élastique, arrondie en poche, qui présentait tous les caractères d'une acéphalocyste solitaire. Cet individu succomba bientôt aux suites de cette opération. La mort fut occasionnée, dit-on, par une gastro-entérite. A l'ouverture, on trouva une vaste poche creusée au niveau de l'amygdale qui avait disparu. Il existait dans l'abdomen une tumeur absolument semblable (2). »

Il s'agit donc là d'un kyste hydatique bien authentique ; il est à rapprocher du cas publié par M. Duffau dans les *Bulletins de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux* (1892) et qui a trait à l'existence, dans l'intérieur d'un organe lymphoïde, (ganglion inguinal), d'un kyste hydatique bien caractérisé.

Grynfelt se demande si l'abcès qu'il a observé et qui datait de dix mois environ n'est pas de nature scrofulo-tuberculeuse. Mais cette hypothèse ne nous semble pas justifiée.

En 1888, Noquet communique à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie, dans la séance du 30 avril, un cas d'abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale et remontant à six mois (3). Il insiste sur les avantages du galvanocautère dans le traitement de ces abcès.

(1) Davaine. Traité des entozoaires et des maladies vermineuses, p. 563.

(2) Cité par Cruveilhier. *Dict. de médecine*, art. Acéphalocystes, p. 264.

(3) Noquet. *Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, p. 393, t. VIII, 1888.

M. Moure (1) rapporte à cette occasion un cas d'abcès de cet ordre datant de plusieurs années et qui a été également guéri par le galvanocautère.

Dans la même séance, M. Hering (de Varsovie) mentionne deux faits semblables dont le diagnostic fut fait au moment de l'ablation de l'amygdale.

En 1889, M. Natier (2) publie un nouveau cas d'*abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome*; le malade provenait de la clinique de M. Moure.

Simultanément M. Garel (de Lyon) consacrait un mémoire aux *abcès chroniques enkystés de l'amygdale consécutifs à l'amygdalite suppurée aiguë* (3).

Il émet l'idée que ces collections purulentes sont le reliquat d'abcès aigus qui n'ont pu s'évacuer : les plans musculaires joueraient le rôle, par suite de leurs contractions, d'agents d'oblitération des trajets fistuleux de petit calibre.

Tels sont les cas d'abcès chroniques des amygdales publiés jusqu'à ce jour. La littérature étrangère est muette à cet égard; c'est donc là une question toute française, intéressante à plusieurs titres.

Nous allons grouper les observations précédentes et y ajouter quatre faits inédits : l'un qui nous a été communiqué par M. le Dr Moure, les trois autres relatifs à des malades dont nous avons recueilli nous-même les observations à la clinique laryngologique et rhinologique de la Faculté. L'un d'eux a été le point de départ de recherches bactériologiques que nous avons poursuivies au laboratoire des cliniques, sous la direction de M. Sabrazès.

(1) M. Moure. *Revue mensuelle de Laryngologie, etc.*, p. 413, t. VIII, 1888.

(2) Natier. Abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, janvier 1889).

(3) Garel. Des abcès chroniques enkystés de l'amygdale consécutifs à l'amygdalite suppurée aiguë (*Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janvier 1889, n° 1).

CHAPITRE III

Observations.

OBSERVATION I

GRYNFELT (*loc. cit.*).

Il y a quelque temps, un jeune homme de dix-sept ans, de Cette, conduit par sa mère, vint me consulter pour mal de gorge ancien. Maigre, sec, nerveux, notablement anémique, d'un habitus quelque peu féminin, ce jeune homme me dit que, dix mois auparavant environ, il avait souffert d'un mal de gorge vulgaire qui fut traité d'abord par les moyens ordinaires de la médecine domestique, mais que, voyant que sa maladie ne cédait pas, il s'était adressé au Dr Cathala, qui avait prescrit quelques gargarismes astringents qui avaient heureusement modifié l'état de sa gorge. Son affection perdit alors de son acuité. Toutefois il lui resta une certaine gêne pour avaler et pour respirer, surtout la nuit, avec sensation de corps étranger au fond du gosier, une toux gutturale assez pénible et un nasonnement assez désagréable de la voix. De plus, devant une glace, il avait constaté lui-même à maintes reprises un gonflement persistant du fond de la gorge.

Cet état durait depuis huit ou dix mois quand ce jeune homme vint me consulter.

Il était tel que je l'ai dépeint tout d'abord, sans fièvre, ne se plaignant que de sa gorge. De prime abord, en examinant cette région, je reconnus l'existence d'une légère angine glanduleuse généralisée, et la tumeur pharyngienne dont il m'avait parlé me parut être une simple hypertrophie de l'amygdale droite, dont je proposai l'ablation.

Aucune disposition n'ayant été prise pour un séjour de quelques jours à Montpellier, il fut convenu que cette opération serait remise à huitaine, et je

prescrivis en attendant un gargarisme au bicarbonate de soude édulcoré avec de la glycérine.

Au jour fixé je me rendis, muni de mon amygdalotome, chez une parente de mon malade, avec l'intention de lui faire l'incision de l'amygdale droite; mais avant d'appliquer l'instrument, je voulus me rendre compte par le toucher de l'état de cette amygdale. Quel ne fut pas mon étonnement ! Je crus sentir de la fluctuation, et pourtant le malade n'avait pas eu de poussée aiguë dans la dernière huitaine; il s'était trouvé bien pendant tout ce temps, attribuant au gargarisme bicarbonaté sodique que je lui avais prescrit l'amélioration de son état. Examinant alors plus attentivement, je ne pus douter d'être en présence d'une collectuion liquide (kyste ou abcès) ayant pour siège l'amygdale. Que n'avais-je huit jours avant pratiqué cette exploration ! Bref, laissant mon amygdalotome dans ma poche, d'où je ne l'avais pas sorti pour ne pas effrayer le patient, qui déjà n'était pas très rassuré, j'allai prendre un bistouri dans ma trousse pour ouvrir cette collection liquide; mais il me fallut le laisser de côté, tellement il inspirait de l'effroi au malade. Alors, en souvenir de ma pratique obstétricale, je fis avec des ciseaux, suivant le conseil de Depaul, une encoche imitant deux dents de scie sur le bord libre de l'ongle de mon indicateur droit, et j'ouvris cette collection liquide amygdalienne comme une poche amniotique, à la très grande satisfaction du malade. Il s'écoula une cuillerée à dessert de pus assez mal lié, contenant quelques grumeaux, et la tumeur s'affaissa. — Deux jours après, mon jeune et peu courageux malade put repartir pour Cette.

Bien que l'auscultation ne m'eût révélé aucune lésion des sommets, en considération de l'anémie notable qu'il présentait et surtout de son angine glanduleuse avec léger engorgement ganglionnaire cervical, je lui conseillai l'usage de l'eau de Labassère et de pilules d'arséniate de soude et d'extrait de quinquina.

OBSERVATION II

NOQUET (*loc. cit.*).

Mme X..., âgée de vingt ans, vient me consulter, le 5 octobre 1887. Cette dame, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladies graves. Elle se plaint de ressentir, depuis six mois, pendant la déglutition, une douleur très

vive au niveau de l'amygdale gauche. En outre, plusieurs fois dans la journée, elle crache une certaine quantité de pus qui, selon elle, sort certainement de l'amygdale.

Dès son enfance, cette dame a présenté une hypertrophie très prononcée des tonsilles. Vers l'âge de six ans, on lui fit, avec l'amygdalotome, l'ablation de la droite, qui était la plus volumineuse. La gauche restée en place fut, surtout dans ces dernières années, le siège de poussées phlegmoneuses qui devinrent tellement fréquentes et tellement gênantes que le médecin de la famille pratiqua, il y a six mois, l'amygdalotomie. Mais cette opération n'améliora, en aucune façon, les symptômes. Au contraire, de périodiques, les douleurs devinrent permanentes, et le pus se mit à sortir tous les jours.

A l'examen, je constate que l'amygdale gauche a été sectionnée nettement, au niveau du bord libre des piliers. Le moignon, qui présente une surface plane, est très rouge et notablement hypertrophié. Sa largeur, dans le sens antéro-postérieur, peut être estimée à deux centimètres, et sa hauteur à trois. Les allégations de la malade pouvant faire supposer qu'il renferme du pus, j'exerce, sur la surface plane, en glissant de bas en haut, une pression assez forte avec un stylet, et vois ainsi sourdre par un petit pertuis, situé à la partie supérieure du pilier antérieur, et à trois millimètres environ de son bord libre, une goutte d'un liquide jaunâtre et paraissant franchement purulent.

Ce pertuis était tellement peu apparent, qu'il aurait échappé à mon examen, sans l'issue du pus provoquée comme je viens de le dire. Je parvins néanmoins à introduire un stylet mince et flexible par cette ouverture, et pus constater que je tombais ainsi dans une poche présentant à peu près un centimètre et demi dans le sens antéro-postérieur, et deux dans le sens vertical. La fistule correspondait à la partie supérieure de cette poche. En explorant dans tous les sens, je ne rencontrai, du reste, aucun corps dur, ce qui pouvait faire rejeter l'existence d'un calcul enchatonné. Ces différentes manœuvres ayant déjà provoqué des douleurs très marquées et me trouvant suffisamment éclairé, je ne crus pas utile de rechercher la fluctuation par le procédé de Stœrk (1). Je proposai, de suite, une intervention active qui fut acceptée.

(1) Stœrk. — *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs*, Enk..... Stuttgard, 1876, p. 109. Cité par Morell-Mackenzie (*Traité pratique des Maladies du larynx, du pharynx et de la trachée* traduit par Moure et Berthier, p. 79).

Après avoir badigeonné, à trois reprises, la surface du moignon et le pilier antérieur, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (2/10), je pénétrai dans la cavité abcédée, par la petite ouverture, avec un galvano-cautère pointu et fin que j'enfonçai à peu près d'un centimètre. Puis, faisant passer le courant, je pratiquai, en descendant avec lenteur, parallèlement au bord libre du pilier, une incision haute d'environ un centimètre et demi. Il s'écoula immédiatement par cette ouverture un flot de pus, qui représentait au moins, le contenu d'un dé à coudre. La dame avait courageusement supporté cette petite manœuvre, assez douloureuse malgré la cocaïne, qui, on le comprend, ne pouvait ici se montrer très efficace. Séance tenante, je fis plusieurs cautérisations assez profondes sur le moignon, dans le but de le réduire. Comme soins consécutifs, je conseillai des pulvérisations avec une solution saturée d'acide borique, et, pour rendre la déglutition moins douloureuse, un badigeonnage avant chaque repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10.

Je revis la malade cinq jours après. La situation s'était déjà sensiblement améliorée; la déglutition était beaucoup moins pénible et la suppuration semblait arrêtée. Une nouvelle exploration avec le stylet permit de constater, d'une part, que la cavité de l'abcès avait diminué, et que, d'autre part, il n'existait décidément pas de calcul. Quelques cautérisations galvano-caustiques furent encore faites sur le moignon. Vingt jours plus tard, l'ouverture de l'abcès s'était complètement fermée, le moignon était moins volumineux, et il n'existait plus aucune douleur. La malade put se croire guérie définitivement. Il n'en était rien cependant. Vers le milieu de décembre, c'est-à-dire après un mois et demi environ d'accalmie, les douleurs reparurent, et du pus sortit à nouveau dans la bouche, en moins grande quantité toutefois.

Le 28 décembre, l'examen me montre que la surface plane du moignon présente, à peu près, un centimètre de largeur et un et demi de hauteur. Une petite fistule existe encore, sur le pilier antérieur, mais elle me paraît située un peu plus bas que la première. Malgré des pressions assez fortes, je ne parviens pas à faire sourdre du pus par cette ouverture. Le stylet indique, d'ailleurs, que la cavité amygdalienne est fort petite. Elle semble réduite à un simple trajet dirigé d'avant en arrière et long d'environ un centimètre.

Après plusieurs badigeonnages avec la solution de chlorhydrate de cocaïne (2/10), j'introduis le galvanocautère dans ce trajet, et fends

complètement sa paroi interne, en y comprenant la portion correspondante du pilier antérieur. Par cette brèche je m'assure avec le stylet qu'il n'existe pas d'autres diverticulum. Comme la première fois, le traitement consécutif consista en pulvérisations boriquées et en badigeonnages pratiqués, avant les repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10. Quinze jours après, la guérison était complète. Elle se maintient depuis quatre mois, et il y a lieu d'espérer qu'elle est définitive. Le moignon d'amygdale s'est d'ailleurs considérablement ratatiné.

Il aurait été, évidemment, très utile d'examiner le pus au microscope, pour se renseigner sur les microbes qu'il contenait et s'éclairer, ainsi, sur la nature de l'abcès. Peut-être aurait-on trouvé quelques bacilles tuberculeux. Malheureusement, préoccupé surtout par l'acte opératoire, j'oubliai de recueillir du pus. Je dois dire, toutefois, que M^me^ X... ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire et que sa santé est excellente.

OBSERVATION III

GAREL (*loc. cit.*).

Le Frère Az..., âgé de quarante-six ans, professeur à Saint-Amand (Cher), vient me consulter le 28 janvier 1885.

Ce malade est chauve depuis l'âge de trente ans. Il est dyspeptique; il est en outre sujet aux hémorroïdes et à la constipation.

Le 7 décembre 1884, à trois heures du matin, le malade se réveille brusquement avec un mal de gorge intense. Le 10, on ouvre au bistouri un abcès de l'amygdale droite. Le 11, on donne encore deux coups de bistouri dans l'amygdale. Le 12, les douleurs sont encore plus vives dans la gorge et dans l'oreille droite; la respiration est très gênée; un nouveau coup de bistouri débride plus complètement le foyer et le pus sort en jet abondant. Les douleurs diminuent alors beaucoup, mais sans disparaître d'une façon définitive. Le 5 janvier 1885, les douleurs reparaissent; le malade crache toujours du pus fétide, mais en petite quantité. Depuis cette époque jusqu'au 28 janvier, jour où je le vois pour la première fois, l'affection reste stationnaire et les douleurs persistent.

Je pratique l'examen de la gorge avec le plus grand soin. Le voile du palais à droite est bombé, dur et résistant au doigt. L'amygdale est peu

apparente et se confond en une seule masse avec le pilier postérieur qui s'applique étroitement sur la paroi postérieure du pharynx. La partie tuméfiée est rouge assez vif, elle obture en grande partie l'orifice nasal postérieur droit; elle est un peu dépressible au centre. Le côté gauche du voile est absolument normal.

Un examen minutieux de la région malade ne permet pas de voir le point d'issue du liquide purulent, malgré des pressions exercées au centre du foyer. Il est probable qu'une petite ouverture doit exister en arrière du pilier postérieur. Le malade ne tousse pas, sa voix n'est pas altérée. L'expectoration est muqueuse, souvent mélangée de pus ; elle se produit sans toux par simple expuition.

Je plonge immédiatement la pointe du galvanocautère au centre de la tumeur, mais sans faire sourdre la moindre goutte de pus. Je prescris des badigeonnages antiseptiques et calmants.

Le 31 janvier, les symptômes persistent. Je plonge de nouveau une pointe de galvanocautère sur le bourrelet pharyngien, puis sur le voile du palais, sans pouvoir pénétrer dans une cavité. Immédiatement le malade crache du pus mêlé de sang en plus grande abondance. Le soir même, le foyer paraît complètement vidé. Encore quelques douleurs le 1er février, mais le jour suivant l'amélioration est très importante. L'ouverture pratiquée dans l'amygdale est encore béante et laisse pénétrer un stylet dans la cavité; j'en profite pour toucher la surface du foyer avec de la teinture d'iode. La guérison est très rapide.

En 1886, je reçois des nouvelles du malade. Il n'y a pas eu de rechute.

OBSERVATION IV

GAREL (*loc. cit.*).

Mme N..., vingt-huit ans, me prie de l'examiner vers la fin du mois de janvier 1885. Elle me déclare que, comme sa mère, elle présentait une hypertrophie considérable des amygdales. Elle subit dans son enfance l'amygdalotomie double. Malgré cette opération, elle ne fut pas à l'abri des poussées inflammatoires du côté des amygdales. Depuis l'âge de quatorze ans, en effet, elle a eu treize ou quatorze amygdalites suppurées, surtout du

côté gauche. Dans le cours de janvier 1885, se déclare une amygdalite du côté droit qui s'abcède et s'ouvre spontanément sept jours après le début.

Mais après l'issue du pus la douleur persiste, le cou est très tuméfié, la dysphagie très intense. La douleur à la déglutition est profonde vers la partie inférieure de l'amygdale.

La nutrition est à peu près impossible; les aliments liquides passent avec la plus grande difficulté et la malade perd ses forces.

C'est à ce moment que je suis appelé auprès de la malade. L'examen de la gorge est fort difficile; je me contente de prescrire une médication calmante aussi énergique que possible : cocaïne, morphine et iodoforme.

Je ne revois plus la malade qu'à la fin du mois de février.

Elle raconte alors que la douleur intense a duré trois semaines environ, et a diminué peu à peu. Puis spontanément, un jour, sans aucune intervention, elle crache une certaine quantité de liquide sanguinolent foncé. A partir de ce moment, l'affection cesse et tout rentre dans l'ordre.

Fin février, l'amygdale droite a diminué de volume, elle a un aspect végétant et présente une sorte d'anfractuosité profonde.

OBSERVATION V

Garel (*loc. cit.*).

Le 21 septembre 1888, je reçois à ma consultation le Frère O..., âgé de vingt-six ans, professeur à Lyon.

Le malade est atteint d'amygdalites fréquemment répétées, depuis fort longtemps. Il y a douze ans il a eu deux amygdalites suppurées qui ont été ouvertes au bistouri. En 1883, nouvel abcès à droite, qui nécessita une intervention chirurgicale; à dater de cette époque, l'amygdale reste hypertrophiée.

Les amygdalites semblent disparaître jusqu'en 1888. Cette année, le 20 août, à la suite d'un refroidissement, une amygdalite gauche se déclare. Le médecin l'ouvre au bistouri le septième jour. Le soulagement fut immédiat; mais depuis trois semaines l'abcès n'est pas encore complètement tari. Sur le pilier antérieur gauche, à quelques millimètres de son bord libre,

existe un petit pertuis par lequel le pus sort à l'état constant. Le malade a d'ailleurs continuellement la sensation de pus qui coule dans la bouche.

En pressant sur le pilier de bas en haut, on fait sortir du pus avec grande facilité. Après un badigeonnage à la cocaïne, je plonge dans l'orifice une pointe de galvanocautère recourbée à angle droit.

La pointe de platine pénètre de haut en bas dans un trajet fistuleux dans l'épaisseur du pilier antérieur sur une longueur d'un centimètre environ. Je fais passer le courant et brûle le trajet fistuleux dans toute sa longueur. Depuis cette dernière amygdalite, l'amygdale gauche est devenue considérable. Les deux amygdales se sont donc successivement hypertrophiées, chacune après une amygdalite aiguë. Elles sont l'une et l'autre fort anfractueuses à la surface.

Le 26 septembre, le trajet fistuleux laisse encore pénétrer le cautère pour une deuxième cautérisation, mais le pus ne sort plus qu'en quantité insignifiante. Du 6 au 30 octobre, je fais encore trois cautérisations du trajet fistuleux au galvanocautère. La suppuration n'existe plus.

Depuis mon premier examen du malade, j'ai tenté la réduction de ses deux amygdales soit au galvanocautère, soit, pour aller plus vite, à l'anse galvanocaustique. Elles sont actuellement très réduites et ne réclameront plus que quelques cautérisations.

OBSERVATION VI

Abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome.

Dr Natier, chef de la clinique laryngologique et otologique du Dr Moure (*loc. cit.*).

C... (Théophile), âgé de vingt-neuf ans, mécanicien, demeurant à Bordeaux.

C'est un jeune homme dont les parents sont vivants et en bonne santé et qui s'est toujours lui-même bien porté, à l'exception d'un point de côté ressenti il y a deux ans environ, pour la première fois, et qui depuis n'a jamais complètement disparu. Il prétend notamment n'avoir jamais souffert soit des oreilles, soit de la gorge, dans sa jeunesse.

Au commencement du mois de mars 1888, il vint à la clinique consulter pour une douleur assez vive, disait-il, qu'il éprouvait à la gorge. L'examen n'ayant révélé qu'un simple catarrhe naso-pharyngien, on institua une prescription en conséquence et on passa outre. Mais, il y a un mois et demi, le malade, à l'aide d'une glace, regardant lui-même dans sa gorge, y put constater sur l'amygdale droite l'existence d'un point blanchâtre ayant environ la grosseur d'une petite cerise, très saillant et fortement tendu. Interrogé, il répond n'avoir jamais souffert de ce côté et dit que cette tumeur est apparue à son insu.

La tumeur, au toucher, est indolore et de consistance assez dure. Le malade n'ayant appelé l'attention sur elle qu'à titre de curiosité, on ne s'en occupe pas autrement et on porte le diagnostic de fibrome de l'amygdale droite, sans instituer du reste de traitement.

3 mai. — Le malade se plaint de souffrir vivement depuis quatre jours du côté droit de la gorge, et la douleur est même si intense, que, depuis deux jours, il ne peut manger que de la soupe. Quand on touche le point où est située la tumeur, on provoque de la douleur qui semble ne se manifester que par l'attouchement. Elle est pongitive et également déterminée par la déglutition à vide. Elle ne donne lieu à aucun phénomène d'irradiation dans l'oreille ou dans l'œil du même côté.

Examinant la tumeur, on constate qu'elle est devenue rougeâtre à sa partie la plus déclive et qu'elle fait toujours la même saillie. En présence des phénomènes douloureux accusés par le malade, et dans l'espoir d'apporter quelque soulagement à la tension qu'il éprouve, M. Moure se décide à le toucher avec le galvanocautère. Mais à peine le couteau est-il enfoncé, qu'il se produit immédiatement un écoulement de pus épais, grisâtre et louable.

Le premier diagnostic était du même coup rectifié; il était évident qu'on avait eu affaire à un abcès chronique de l'amygdale. La poche s'affaissa complètement et, à la visite suivante, on remarquait à peine un point de cicatrisation.

OBSERVATION VII

Communiquée par M. Moure.

Abcès butyreux enkysté de l'amygdale droite.

X..., âgé de dix-huit ans, vient me consulter en mai 1891 se plaignant d'un mal de gorge qu'il éprouve, d'une manière à peu près constante, surtout pendant les mouvements de déglutition à vide. Il accuse un point douloureux ou plutôt une sensation de gêne dans le côté droit de l'isthme du gosier. Il ne souffre pas en avalant des aliments solides ; il n'éprouve qu'une douleur vague localisée dans la région sous-maxillaire droite. Ce malade est sujet à des poussées angineuses aiguës. Divers traitements ont été faits depuis deux ans, mais toujours sans résultat.

A l'examen, le côté gauche de l'arrière-gorge est normal sauf une exagération des cryptes amygdaliennes, qui ne contiennent pas de sécrétion appréciable. Le côté droit présente une tuméfaction limitée du lobe moyen de l'amygdale. Cette saillie a le volume d'une noisette; son grand axe est dirigé de haut en bas ; sa surface est lisse, homogène, d'aspect jaunâtre. Il paraît s'agir d'une poche gonflée par un liquide épais. Le toucher montre à la surface de cette production une rénitence particulière sans fluctuation appréciable. Le poche semble être très tendue. Pas de douleurs à la palpation.

Après cocaïnisation de la muqueuse à l'aide d'un porte-ouate imbibé d'une solution au 1/10, j'incise au couteau galvanique sans voir sourdre du pus. Je prolonge l'incision et ce n'est qu'en écartant les lèvres que je vois s'échapper un produit jaune brun, très dense, sirupeux, ressemblant tout à fait à la matière d'un kyste sébacé. En exprimant la poche, le contenu s'élimine sous la forme d'un tube effilé qui vient tomber sur la base de la langue. Je finis par vider complètement la poche qui est badigeonnée avec la solution iodo-phéniquée :

Acide phénique.....	50	centigrammes.
Iode métallique.....	15	—
Iodure de potassium.....	20	—
Glycérine pure.....	45	grammes.

Gargarisme émollient.

Le lendemain, amélioration marquée. Le traitement a surtout consisté dans la galvanocautérisation du foyer. Au bout de quinze jours, il n'existait plus trace d'abcès.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Abcès enkysté de l'amygdale gauche.

M. X..., âgé de quarante-cinq ans, a eu de fréquents maux de gorge qu'il met sur le compte de la fumée du tabac ; il abuse, en effet, de la cigarette. Il vient à la clinique où il se plaint d'un affaiblissement de l'ouïe et de bourdonnements d'oreille (bruits de mer, de coquillage). Il est en effet affecté d'une otite moyenne chronique à forme sèche et adhésive. Les trompes sont partiellement obstruées, leur calibre est étroit, l'air passe avec difficulté et seulement au cours de la déglutition.

Du côté des fosses nasales, la muqueuse est congestionnée et tuméfiée, surtout au niveau du cornet inférieur. Congestion générale de la muqueuse pharyngienne ; les piliers sont rouges, saillants, et les amygdales, sans être très volumineuses, sont néanmoins épaissies.

A ce premier examen qui a lieu en 1882, on ne constate pas d'autre lésion. Le malade éprouve à la suite d'un traitement approprié une certaine amélioration du côté des oreilles et de la gorge. Il est perdu de vue jusqu'en 1885.

A cette époque, il se présente à nouveau, se plaignant toujours de sa gorge : de temps à autre, à la suite d'efforts violents, il rejette un peu de pus par expuition. Un gargarisme émollient l'améliore pendant quinze jours ; puis les mêmes symptômes reparaissent et l'inquiètent au plus haut point.

L'examen montre, outre les différentes lésions signalées plus haut, vers la partie inférieure de l'amygdale gauche, tout près de la base de la langue, une tumeur jaunâtre, du volume d'un petit grain de raisin, à paroi lustrée et uniforme, que l'on considère comme une poche remplie de pus et dont on pratique l'ouverture. Après cocaïnisation et incision au galvanocautère, on vide la poche qui contient du pus concrété. Ecouvillonnage au chlorure de zinc au 1/15 ; gargarisme émollient. Trois jours après, attouchement iodé.

Le malade a été depuis lors revu plusieurs fois; il n'a plus qu'un peu d'hypérémie de l'arrière-gorge, mais sans manifestations morbides. Il se considère comme guéri.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Abcès enkysté de l'amygdale droite.

Mme X..., âgée de trente ans, vient à la consultation parce qu'elle éprouve des sensations de gêne dans l'arrière-gorge, sans localisation précise. Elle se présente le 5 juillet 1893; sans avoir eu des amygdalites répétées, elle accuse néanmoins quelques accidents inflammatoires, à diverses reprises, de ce côté. Elle a une excellente santé générale, et, au moment de l'examen, elle ne présente nullement l'aspect d'une personne atteinte d'une affection aiguë, elle ne souffre pas, n'a pas de mouvement fébrile, de sueurs abondantes, de diarrhée.

A l'inspection de la gorge, on voit une saillie d'un rose jaunâtre du volume d'un grain de groseille au sommet de l'amygdale droite. Les autres méthodes d'exploration qui révèlent une rénitence et une tension particulières de la poche montrent qu'il s'agit d'un abcès.

L'incision en a été pratiquée dernièrement et a mis au jour une matière pâteuse, gris jaunâtre, de tous points semblable à la matière sébacée. Cette opération a été suivie immédiatement d'un écouvillonnage de la poche et cautérisation à l'aide d'une solution de chlorure de zinc au 1/10. Quelques jours après on pouvait constater la fermeture complète de l'abcès et la guérison intégrale de la malade.

OBSERVATION X (Personnelle).

Abcès chronique et enkysté de l'amygdale. — Recherches bactériologiques.

B.... (Edouard), âgé de quinze ans, écolier, habitant 47, rue des Menuts, Bordeaux, se présente à la clinique du Dr Moure, le 5 juin, pour un mal de gorge.

Antécédents héréditaires. — Bons. Pas de signes de scrofulose ni de tuberculose chez ses ascendants et collatéraux.

Antécédents personnels. — Variole à l'âge de trois ans, rougeole à cinq ans. Le sujet ne présente aucun signe de scrofule ni de tuberculose.

L'enfant prétend avoir eu, à plusieurs reprises, dans son jeune âge, des maux de gorge légers, et ajoute que sa voix a toujours été comme aujourd'hui d'un timbre nasonné.

Il y a deux ans environ, il s'aperçut de l'apparition graduelle d'une sorte de gêne au fond de la gorge, vers la région sous-amygdalienne droite; il ne se produisit aucun phénomène du côté de la respiration ; la déglutition seule était un peu pénible; quelque temps après, un mois et demi environ, l'enfant commença à ressentir de temps à autre une légère douleur qui augmentait pendant l'acte de la déglutition. Cet état ne se modifia guère durant toute l'année.

Un matin, l'enfant, qui avait passé la plus grande partie de la soirée à s'amuser sur des chevaux de bois, se réveilla en proie à un violent mal de tête accompagné de fièvre et de frissons. Il éprouvait, du côté droit de la gorge, des douleurs assez fortes et une gêne bien plus grande qu'à l'ordinaire à la déglutition. Il n'eut pas de vertiges, pas de nausées, aucun symptôme du côté des voies digestives ni respiratoires, pas d'expectoration, mais une salivation très abondante; le nasonnement de sa voix était considérable. Le médecin qui fut appelé constata, avec la fièvre, de la rougeur et de la tuméfaction de l'amygdale droite, ainsi que la présence d'un « bouton blanc » à la surface de cette glande. Le médecin ordonna le repos et un gargarisme; dans la même journée, un soulagement notable se produisit; la fièvre tomba dès le lendemain; mais la gêne et la douleur, quoique ayant perdu leur intensité des premiers jours, ne disparurent pas entièrement; la douleur cependant diminua peu à peu; mais le « bouton » ne s'effaça point. Devant sa persistance, le père se décida à amener son fils à la clinique des maladies du larynx.

Examen local. — On voyait sur le lobe moyen de l'amygdale droite, une énorme tumeur de la grosseur d'une aveline, à surface lisse, unie, d'une coloration jaunâtre, parcourue à sa surface par un tout petit vaisseau très délicat, faisant saillie hors de la loge amygdalienne. Tout le pourtour de l'amygdale est absolument sain, et le reste de l'amygdale est plutôt atrophié qu'hypertrophié. L'amygdale gauche et les piliers du voile du palais sont normaux. Pas de douleur à la pression. Au toucher, on sent une tumeur dure, quoique rénitente. M. Moure propose une incision qui est acceptée et

pratiquée sur-le-champ. Après avoir nettoyé antiseptiquement la surface de la tumeur, l'opérateur fait une incision verticale d'une longueur d'un centimètre, à l'aide du couteau galvanique. L'ouverture de la plaie donne aussitôt issue à du pus jaune crémeux dont on peut évaluer la quantité à la grosseur d'un demi-dé à coudre, M. Moure a la précaution d'aspirer directement dans la loge purulente deux ou trois pipettes du liquide, qui servira plus tard à l'examen bactériologique et histologique.

A l'aide d'un stylet, on parcourt toute la surface intérieure de la paroi qui reste bien limitée dans l'organe glandulaire. On procède à l'écouvillonnage de la poche; on la cautérise à l'aide d'une solution iodée et on prescrit un gargarisme émollient.

A la clinique suivante, le malade revient; la poche est complètement fermée et n'a pas donné lieu à la moindre suppuration. Le malade est considéré comme guéri.

État actuel (16 juillet 1893). — On ne trouve aujourd'hui à la place de la tonsille qu'un petit moignon médian d'amygdale de la grosseur d'une demi-fève, rose pâle, caché entre les piliers du voile, et adhérant, par son bord antérieur, au pilier correspondant. Sa portion supérieure laisse en haut, dans l'angle formé par l'intersection des piliers, une loge de 8 millimètres environ de diamètre et d'une profondeur de un centimètre, vide, sans concrétions. La trace de l'incision ne paraît pas.

Le pus recueilli dans des pipettes stérilisées a servi à des ensemencements au laboratoire des cliniques.

Examiné par dissociation, il contenait des granulations graisseuses et de nombreux cristaux de cholestérine. Sur lamelles, après coloration par le bleu de méthylène, par la méthode de Gram, il montrait çà et là des microcoques en amas.

Semé en stries, le 5 juin, sur de larges tubes d'agar, il donnait, le soir même, à 37°, de petites colonies plates, d'un blanc grisâtre très terne, rondes, isolées, qui ont été été transportées dans du lait, sur gélatine, en bouillon. Le lait s'est coagulé au bout de vingt-quatre heures en une masse dense, caséeuse, tout à fait semblable à la matière butyreuse d'où provenait la semence.

Sur gélatine, huit heures après le semis, canal de liquéfaction qui augmente progressivement.

Dans le bouillon, trouble rapide. Tous ces milieux exhalent l'odeur du pus caséeux lui-même.

Sur agar, la culture se présente comme un enduit de la couleur du milieu, lisse, uniforme, couvrant toute la gélose en vingt-quatre heures à 37°.

L'examen révèle dans ces cultures, à l'état de pureté, un microcoque agminé à la façon des staphylocoques. Les cultures dans le lait présentent, à la date du 20 juillet, de nombreux cristaux aciculés d'acides gras.

En résumé, ce pus contenait un staphylocoque qui est selon toute probabilité le staphylococcus pyogenes albus.

CHAPITRE IV

Étiologie.

SOMMAIRE. — *Ces abcès ne paraissent pas subordonnés à des influences diathésiques. Ils ont une évolution chronique qui les rapproche des abcès froids ; mais ils en sont séparés par leur essence même qui n'est pas tuberculeuse. — Ils se montrent surtout chez des adolescents du sexe masculin. — Ils compliquent les amygdalites à répétition. Leur chronicité s'explique par leur évacuation difficile à travers un trajet fistuleux mince et contourné et probablement aussi par le peu de virulence du pus qui s'enkyste. — Discussion sur l'origine infectieuse des amygdalites. — Les microbes de la bouche.*

Dans les observations publiées jusqu'à ce jour, les auteurs n'insistent pas sur les causes secondes susceptibles d'intervenir dans la détermination des amygdalites et des abcès consécutifs. L'hérédité, le lymphatisme, l'arthritisme, le rhumatisme, ne paraissent d'ailleurs pas avoir joué le rôle de facteurs dans les cas que nous avons réunis. Grynfelt signale un état anémique chez son malade ; Garel mentionne des troubles dyspeptiques, des hémorroïdes, une constipation habituelle.

Dans aucun cas il n'est question de scrofulo-tuberculose avérée. *A priori* l'idée d'abcès froid de l'amygdale n'est pas illogique ; mais si l'on songe à la marche ultérieure de l'affection, à sa guérison rapide après l'incision libératrice, on repousse cette hypothèse qui n'est pas admissible si on attache à l'expres-

sion d'*abcès froid* le sens étiologique produit par le bacille de Koch.

L'influence du froid, des irritants locaux (tabac, alcool), des professions, n'a pas été non plus remarquée.

L'âge le plus favorable à l'éclosion des abcès chroniques est l'adolescence et l'âge mûr. Les malades avaient 15, 16, 17, 18, 20, 29, 36, 45, 30, 46 ans.

Le sexe masculin a fourni à lui seul un contingent de neuf cas.

Les causes véritablement prédisposantes résident dans les déterminations morbides des amygdales. Les poussées aiguës d'angine figurent dans presque toutes les observations.

Le sujet de Grynfelt souffrait de la gorge depuis six mois.

Celui de Noquet, atteint d'hypertrophie des tonsilles depuis son enfance, avait à l'âge de six ans subi une amygdalotomie du côté droit. Depuis plusieurs années il était en outre exposé à des amygdalites à répétition.

Le second malade de Garel présentait depuis son jeune âge une hypertrophie amygdalienne considérable et il avait eu successivement un très grand nombre de localisations inflammatoires du côté des amygdales qui à diverses reprises avaient été le siége de suppurations. Le troisième malade observé par le savant laryngologiste lyonnais était depuis douze ans affecté d'accidents phlegmoneux des amygdales; il avait dû plusieurs fois se soumettre à des incisions libératrices.

Dans le cas de M. Natier, on relève, dans les antécédents, du catarrhe naso-pharyngien.

Les faits communiqués par M. Moure ou observés à sa clinique se rapportent à des adolescents ou à des adultes qui ont eu à diverses reprises des angines rebelles.

Il y a donc une certaine similitude entre les diverses observations. Un malade, en proie à des poussées d'amygdalite le plus souvent phlegmoneuse, voit une de ses amygdales rester

volumineuse à la suite d'une manifestation aiguë. Il s'est fait un abcès qui évolue avec une lenteur insolite, avec des allures d'abcès froid, soit qu'il ne s'évacue qu'à grand'peine au travers d'un trajet fistuleux étroit et tortueux, soit qu'il tende à s'enkyster et à rester torpide en vertu de sa nature microbienne toute spéciale.

Quoi qu'il en soit, ces abcès succèdent à des amygdalites aiguës, dont l'origine infectieuse est aujourd'hui bien établie; ils peuvent avoir pour point de départ une accumulation de sébum dans une crypte amygdalienne et s'infectant secondairement, puis s'enkystant dans la profondeur de l'amygdale, ils donnent lieu à une variété d'abcès chroniques dont nous ne possédons pas d'exemple bien avéré, dont on n'a pas encore bien établi la pathogénie et le développement par des observations régulières.

Fleury (1) a surtout contribué à démontrer l'infectiosité des amygdalites. En 1887 il a publié une série de huit cas de contagion entre enfants et parents ou entre frères et sœurs. On avait bien affaire à des amygdalites simples et non à des scarlatines frustes. Les documents semblables se sont depuis lors accumulés et actuellement la contagion est hors de conteste dans certaines conditions, quelle que soit du reste la façon dont elle s'exerce.

L'hypertrophie tonsillaire est un terrain d'élection pour les lésions inflammatoires des amygdales, pour la localisation des microorganismes qui les provoquent.

On est loin d'être fixé sur la qualité de ces microbes Bobone (2) s'est demandé, en 1888, s'il n'existait pas de relations

(1) Fleury. *Loire médicale,* n° 1, 1887.

(2) Bobone. Sur une forme d'angine folliculaire contagieuse (Florence, *Bollettino delle Malattie della gola et del naso,* 1er juillet 1888).

entre l'angine folliculaire et la pneumonie. Jaccoud (1) et Rendu (2) ont confirmé cette hypothèse.

Beaucoup d'autres pyrexies ont des rapports étroits avec l'amygdalite : la grippe, la rougeole, l'érysipèle, la scarlatine surtout, témoignent dans ce sens. Aussi était-on amené à croire, *à priori*, que plusieurs agents morbides devaient avoir les propriétés de susciter des infections tonsillaires. Cette hypothèse a été vérifiée un grand nombre de fois et actuellement on sait que les streptocoques et les staphylocoques pyogenes, le pneumocoque de Talamon-Frænkel, le leptothrix buccalis et ses diverses variétés, d'autres microorganismes encore mal déterminés peuvent intervenir individuellement.

Si la contagion préside souvent à l'éclosion des amygdalites, on conçoit néanmoins qu'il existe des cas, sporadiques en quelque sorte, qui trouveraient leur explication dans la présence de microbes pathogènes au milieu de la cavité buccale et du naso-pharynx. Il existe là, en effet, une flore microbienne des plus riches ; la température relativement élevée, l'humidité, l'alcalinité légère, réalisent des conditions très favorables au développement de ces germes ou tout au moins au maintien de leur vitalité. Ces considérations expliquent comment la plupart des virus peuvent traverser les premières voies du tube digestif sans être modifiés dans leurs attributs. Bien plus, en dehors des microbes saprophytes qui sont les hôtes habituels de la cavité buccale et dont quelques-uns contribuent à la digestion de certaines substances, il en est dont la virulence est atténuée et qui, sous l'influence de causes encore mal connues, deviennent brusquement pathogènes.

(1) Jaccoud. De l'angine pseudo-membraneuse à pneumocoques ; leçon clinique, mars 1891.

(2) Rendu. L'angine à pneumocoques; leçon clinique publiée par le *Mercredi médical*, 8 oct. 1890. — Observation d'angine à pneumocoques. Soc. méd. des Hôp., 7 mai 1891.

Dans la salive, à l'état normal, existent les agents de la pneumonie, de l'érysipèle, de la plupart des suppurations, vraisemblablement de la diphtérie, de la carie dentaire. On comprend qu'ils puissent, pour la plupart, déterminer des amygdalites et partant des abcès aigus, subaigus ou chroniques des amygdales.

CHAPITRE V

Symptomatologie.

Sommaire. — *L'affection, aboutissant d'une amygdalite, remonte à plusieurs mois ou à plusieurs années. — Il n'existe pas à la période d'état de phénomènes généraux, tels que fièvre, frissons, diarrhée, etc. — Pas d'adénopathie cervicale. — Symptômes fonctionnels : sensation de gêne au niveau d'une amygdale; déglutition à vide douloureuse; respiration gênée; toux gutturale; voix nasonnée. — Cas frustes où ces symptômes sont à peine marqués. — Forme clinique caractérisée par une expectoration intermittente de pus. — A l'examen direct, augmentation de volume partielle ou totale d'une amygdale. — Compression de voisinage. — Aspect de la saillie amygdalienne : rosée, jaunâtre. — Trajet fistuleux.*

Nous ne tracerons pas ici le tableau de l'amygdalite aiguë, dont l'abcès chronique est une complication; ce serait sortir du cadre que nous nous sommes imposé. Nous supposons la collection purulente en voie de formation et même définitivement constituée. Quels sont les signes généraux, fonctionnels et objectifs, qui traduisent cette affection? Reportons-nous pour répondre à cette triple question aux cas actuellement connus.

La maladie remontait à dix mois dans le fait publié par Grynfelt; à quelques mois encore chez les sujets de Noquet et de Garel, de Natier; à plusieurs années dans l'observation de M. Moure et chez deux de nos malades.

Dans le dernier de nos cas personnels, le début a été, pour ainsi dire, suraigu. Pendant la nuit, l'enfant se réveille en sursaut, en proie à une violente céphalalgie et à des frissons répétés. Des douleurs très accusées se manifestent du côté droit de la gorge, la déglutition est considérablement gênée, la voix est très nasonnée. On ne constate aucun trouble de l'appareil digestif.

Il n'existe pas, à la période d'état, de phénomènes généraux tels que mouvements fébriles, frissons, sueurs profuses, diarrhée. Ces troubles sont du domaine des amygdalites aiguës; on les retrouve dans les antécédents des malades presque invariablement.

Tout se traduit par des symptômes locaux fonctionnels et physiques.

Tantôt les malades accusent une sensation de gêne, dans l'arrière-gorge, au niveau d'une amygdale; la déglutition devient douloureuse, surtout lorsqu'elle s'exécute à vide. La respiration est également gênée, surtout la nuit, le malade ayant au fond de la gorge une sensation pénible de corps étranger qui provoque une toux gutturale. La voix devient nasonnée et peut changer absolument de timbre. Parfois la dysphagie est telle qu'un amaigrissement progressif est la conséquence d'une alimentation insuffisante et défectueuse : il arrive en effet que seuls quelques aliments solides soient susceptibles d'être déglutis; les déglutitions de liquides, les déglutitions à vide, s'accompagnent de douleurs pongitives dans l'amygdale malade sans irradiation dans l'oreille ou dans l'œil.

Tantôt au contraire les douleurs sont peu marquées; on note un simple embarras dans l'arrière-gorge, surtout pendant la déglutition. Le malade de M. Moure éprouvait parfois une douleur vague localisée dans la région sous-maxillaire droite. Dans cette forme, les caractères objectifs sont les plus impor-

tants ; l'exploration de la région malade met seule sur la voie du diagnostic.

Parmi les signes fonctionnels, il en est un qui est des plus inconstants : c'est l'expectoration intermittente de pus qui se produit plusieurs fois dans la journée et a pour point de départ une amygdale (Noquet). Ce symptôme a été noté dans quatre de nos observations ; la première, due à Garel, signale une expectoration muqueuse, souvent mélangée de pus et se faisant par simple expuition; dans le second cas de cet auteur, l'abcès s'évacue spontanément; le pus qui s'en échappe est sanguinolent; dans son troisième cas, le malade a continuellement la sensation de pus qui coule dans la bouche.

Tous les renseignements, tous les signes fonctionnels constatés par l'interrogatoire ne sauraient remplacer l'examen direct.

On le pratique suivant le mode habituel et l'on est tout d'abord frappé par l'augmentation de volume d'une amygdale. Cette augmentation porte sur la totalité de l'organe ; elle simule la simple hypertrophie avec ou sans quelques manifestations légères d'angine glanduleuse généralisée. Grynfelt raconte qu'après une première exploration, il proposa une amygdalotomie, et ce n'est qu'au moment de pratiquer cette opération, que voulant se rendre compte par le toucher de l'état de l'amygdale, il crut sentir de la fluctuation; examinant plus attentivement la tonsille malade, il ne douta pas qu'il se trouvât en présence d'une collection liquide (kyste ou abcès).

Garel a vu le voile du palais soulevé à droite, bombé, dur et résistant au doigt. L'amygdale peu apparente se confondait en une seule masse avec le pilier postérieur qui s'appliquait étroitement sur la paroi postérieure du pharynx. La partie tuméfiée était d'un rouge assez vif et obturait en grande partie l'orifice nasal postérieur droit; elle était un peu dépressible au centre.

La tuméfaction est parfois plus limitée. M. Natier constatait

sur l'amygdale l'existence d'un nodule blanchâtre, de la grosseur d'une petite cerise, très saillant et fortement tendu, M. Moure note la limitation du lobe moyen de l'amygdale; la saillie avait le volume d'une noisette; son grand axe était dirigé de haut en bas; sa surface était lisse, homogène, d'aspect jaunâtre.

Le jeune homme que nous avons examiné portait sur le lobe moyen de l'amygdale droite une grosse tumeur du volume d'une aveline, à surface lisse, d'aspect jaunâtre, parcourue à sa surface par un tout petit vaisseau très délicat, faisant saillie hors de la loge amygdalienne.

Cette tuméfaction localisée ou diffuse peut être indolente à la pression, ainsi que nous l'avons signalé M. Moure et moi.

Elle donne des sensations de tension, de rénitence, quelquefois même de fluctuation. Nous verrons dans un chapitre ultérieur quelle interprétation il faudra donner de cette variabilité symptomatique.

L'écoulement intermittent de pus est sous la dépendance de trajets fistuleux. Il semble que l'étroitesse, la direction tortueuse de ces trajets, leur quasi-oblitération par les plans musculaires qui entourent la loge amygdalienne, interviennent dans le mécanisme pathogénique de l'abcès chronique. M. Noquet observa que le pus de la poche amygdalienne s'échappait par un pertuis minuscule situé à la partie supérieure du pilier antérieur, à trois millimètres de son bord libre; la guérison fut obtenue quand le pus s'écoula librement.

M. Garel, en examinant minutieusement, chez son premier malade, la région atteinte, ne put faire sourdre une goutte de liquide purulent malgré des pressions exercées au centre du foyer. Il pense qu'une petite ouverture doit exister en arrière du pilier postérieur. Chez son troisième malade, il voit, au niveau du pilier antérieur gauche, à la partie supérieure et à quelques

millimètres de son bord libre, un petit pertuis par lequel le pus sort à l'état constant.

Ajoutons qu'on n'a pas noté d'adénopathie ganglionnaire persistante au cours de ces lésions chroniques de l'amygdale.

Ce sont donc là des abcès qui se vident mal, qui ne bénéficient pas suffisamment de leur drainage spontané. Nous donnerons plus loin les explications pathogéniques que comportent ces faits. Déjà cependant une conclusion s'impose : à savoir que les abcès chroniques de l'amygdale sont consécutifs à des amygdalites aiguës ; leur chronicité est la conséquence, tantôt d'une évacuation incomplète de la cavité purulente ; tantôt, selon toute probabilité, d'un enkystement profond du pus qui par sa virulence atténuée n'a aucune tendance à fuser au delà des limites où il s'est primitivement cantonné.

CHAPITRE VI

Marche. — Complications. — Pronostic.

Sommaire. — *Chronicité. — Un cas où la guérison succéda à une ouverture spontanée. — Récidives. — Origine des calculs amygdaliens ; leur histoire clinique et pathogénique. — Parallèle au point de vue chimique et bactériologique entre ces pierres de l'amygdale, les calculs salivaires, les rhinolithes.*

Ces abcès évoluent très lentement, restent enkystés et se perpétuent dans l'amygdale. Les organes avoisinants ne participent pas à l'affection. La guérison spontanée serait cependant possible, si l'on s'en rapporte à la seconde observation de Garel : la malade, spontanément, sans aucune intervention, crache une certaine quantité de liquide sanguinolent, foncé. A partir de ce moment, l'affection cesse et tout rentre dans l'ordre.

Dans d'autres cas on constate des récidives. M. Noquet, après avoir incisé, à l'aide d'un galvanocautère introduit dans le trajet fistuleux, l'abcès de la malade, vit la guérison survenir tout d'abord ; mais, un mois et demi après, il y eut une récidive qui guérit par le même traitement.

Le plus souvent, l'abcès, après qu'il a été vidé et complètement débarrassé de tout reliquat purulent, se comble en totalité. Si les amygdales restent volumineuses, il est facile de les soumettre

à des cautérisations par le galvanocautère qui amèneront la réduction de ces hypertrophies.

Ces abcès peuvent persister pendant plusieurs années, ainsi qu'en témoigne l'observation de M. Moure et les nôtres; ils sont alors transformés en véritables kystes purulents ; le pus qu'ils contiennent se concrète et il est très possible qu'ils donnent naissance à la longue à des concrétions plus denses, à de véritables calculs.

Il semble que certaines suppurations amygdaliennes doivent trouver dans les cryptes leur point de départ. Ces inflammations microbiennes des cryptes entraînent des modifications de l'épithélium qui forme des amas blanchâtres, rappelant la matière sébacée, plus ou moins profondément situés dans l'intérieur des amygdales. Ces produits, en s'infectant secondairement, déterminent des poussées d'amygdalite qui passant à suppuration deviennent l'origine d'abcès. Nous pensons que ces abcès en devenant chroniques évoluent vers le calcul amygdalien.

Les pierres de l'amygdale sont connues depuis longtemps. Leur étude historique a été faite par M. Terrillon dans un mémoire communiqué à l'Association Française pour l'Avancement des sciences, à Grenoble, août 1885.

On les a considérés comme des tophus; mais cette opinion n'est pas fondée, puisque ce sont les urates qui constituent les dépôts de la goutte et que ces sels ne se retrouvent pas dans ces calculs.

Passaguay (1), comparant la composition chimique de ces calculs à celle des calculs salivaires ordinaires, pense qu'ils ont une origine semblable; il cherche leur genèse dans les glandes

(1) Passaguay. Tumeurs des amygdales (Th. de doct. Paris 1873, p. 81).

amygdaliennes qu'il compare aux glandes salivaires. Rien n'est moins prouvé que l'existence de ces glandes.

« Yearsley, cité par Guéneau de Mussy et Desnos (1), les compare au tartre des dents et les suppose aussi formés par un dépôt des sécrétions buccales (2). »

L'analyse de Laugier les montre formés de :

Phosphate de chaux.....	50 »
Carbonate de chaux.....	12,5
Mucus.....	12,5
Eau.....	25 »

Le fait de Meckel qui prétend avoir constaté la présence de cholestérine dans un de ces calculs est révoqué en doute. Nous ne sommes pas éloigné de l'admettre. Dans la matière caséeuse retirée par M. Moure de l'amygdale du malade dont nous avons recueilli l'observation, il existait en grande abondance des cristaux de cholestérine.

Les auteurs n'invoquent donc pas la transformation ultérieure d'un abcès enkysté pour remonter à l'origine de ces calculs.

Lang a cependant relaté l'histoire d'un chanoine de l'église de Ratisbonne, chez lequel une pierre se développa dans un abcès des amygdales.

On peut donc agiter avec vraisemblance le problème de la nature infectieuse de ces calculs.

On les compare avec raison aux calculs salivaires. Or on sait que M. Galippe (3) a, dès 1886, démontré que les microorganismes situés dans l'intimité de ces dernières concrétions ne

(1) L. Desnos. Art. Amygdale du *Dictionnaire de Jaccoud*, t. II, p. 117, 1865.

(2) Terrillon, *loc. cit.*

(3) Galippe. Sur la synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires (Comptes rendus de l'Académie des Sciences, n° 19, 1893).

s'y trouvent pas accidentellement, mais sont les agents des phénomènes chimiques ayant déterminé la précipitation des substances qui les constituent. Ces parasites y conservent leur vitalité pendant plusieurs années ; ils sont cultivables et isolables.

M. Galippe « a tenté de réaliser la synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires » ; il s'exprime ainsi : « Mon expérience commencée en décembre 1885 n'a pris fin qu'en février 1890 ; au bout de ce temps, j'ai trouvé dans la salive normale saturée d'acide carbonique un nombre considérable de petites concrétions calculeuses de densité variable. A l'aide de différents réactifs j'ai pu établir que le squelette organique de ces calculs était constitué par un lacis très serré de micro-organismes ayant déterminé la précipitation des sels terreux. Les microorganismes varient suivant les espèces de calculs. Ils ont conservé leur vitalité et peuvent être cultivés à nouveau. Au point de vue chimique, ces calculs sont constitués par des phosphates et carbonates de chaux et de magnésie comme ceux qui se forment spontanément dans l'économie. On conçoit que l'accroissement de tels calculs puisse être indéfini si les éléments constituants se renouvellent d'une façon continue. »

La présence de microbes facilement cultivables a été démontrée par M. Sabrazès (1) dans un cas de rhinolithe provenant de la consultation de M. Moure et dont la constitution chimique est analogue à celle des calculs salivaires et amygdaliens.

Ces rapprochements nous amènent à penser qu'une complication possible de l'abcès chronique des amygdales est la formation d'un calcul.

La présence de microbes dans les abcès, même lorsqu'ils sont à l'état de matière crayeuse d'aspect sébacé, est encore une présomption en faveur de cette hypothèse.

(1) Examen histologique et bactériologique d'un cas de rhinolithe (Société d'Ophtalmologie et de Laryngologie de Bordeaux, juillet 1893).

CHAPITRE VII

Anatomie pathologique et Pathogénie.

Sommaire. — *Abcès généralement profonds, à paroi épaisse, à contenu variable : tantôt grumeleux, sirupeux ; tantôt, si la collection est ancienne, butyreux, analogue à la matière des kystes sébacés. — Les caractères variables du pus sont en rapport avec les différents résultats que donne la palpation (rénitence, tension de la poche, fluctuation, consistance pâteuse). — Histologiquement, pus granulo-graisseux, riche en cristaux de cholestérine. — Au point de vue bactériologique, isolement dans un cas du staphylocoque blanc. — Au point de vue pathogénique : Influence de l'enkystement et des difficultés d'évacuation du pus ; analogie entre ces suppurations et certains faits d'abcès froids à staphylocoques* (*Roger*).

Ce chapitre ferait en grande partie double emploi avec celui qui est consacré à la symptomatologie si nous exposions les caractères de l'amygdale abcédée. Répétons simplement que les abcès chroniques sont généralement profonds; lorsqu'ils bombent sur la face interne de l'amygdale, leur paroi est épaisse et résistante.

Leur contenu n'est pas toujours identique à lui-même; il s'agit soit d'un pus mal lié, riche en grumeaux d'un volume égal au contenu d'une cuillère à dessert (Grynfelt); soit d'un pus jaunâtre ou d'un liquide sanguinolent, foncé (Garel); soit d'un pus épais, louable, grisâtre (Natier); soit encore d'un produit

jaune brun, très dense, sirupeux, ressemblant à de la matière sébacée.

Il y a un rapport entre les qualités de ce pus et l'ancienneté de l'abcès. Dans nos observations où le pus avait eu le temps de se concréter, il s'était réduit à l'état d'une masse butyreuse, de consistance pâteuse.

Cette différence dans la nature du pus cadre avec les résultats différents de la palpation. On sait que les sensations perçues au niveau de ces abcès varient de la fluctuation la plus nette à la simple rénitence et même à la dureté ligneuse qui peut justifier le diagnostic de fibrome.

La nature histo-chimique de ce pus a été établie dans notre dernière observation. Il était formé en totalité de granulations graisseuses, de cristaux de cholestérine, et ne présentait plus de trace d'éléments figurés autres que des microorganismes. Ceux-ci ont été décelés par l'examen direct et par la culture. Nous avons retiré en culture pure un microcoque qui coagule le lait et le transforme en une matière dense, crayeuse, riche en acides gras. Nous n'avons pu établir la virulence de ce microcoque qui a les caractères du staphylococcus pyogenes albus. Nous rapprochons cependant sa présence dans un abcès torpide à marche essentiellement chronique, des cas d'abcès froids qui n'ont cependant rien de tuberculeux et qui sont produits par la pullulation de staphylocoques.

M. Roger a étudié, en 1892, un cas d'abcès froid chez un enfant du service de M. le Dr J. Simon. L'examen du pus révélait la présence de microcoques ; sa culture donna le staphylocoque doré ; son inoculation au cobaye ne fut pas suivie de tuberculose, mais seulement d'un abcès non bacillaire. Les cultures inoculées à des animaux se montrèrent virulentes à la façon des cultures pures et non atténuées de staphylocoques.

Voilà donc un microbe pathogène au premier chef qui peut, dans des conditions données, être cause d'abcès froid.

Nous croyons que les abcès chroniques de l'amygdale sont produits par des microbes dont les propriétés pathogènes sont amoindries ou s'atténuent à mesure que s'enkyste la collection purulente. Cette opinion appelle encore des vérifications; aussi ne lui accordons-nous ici qu'une valeur hypothétique.

Une autre cause de chronicité est tirée de la direction que suit le trajet fistuleux entre les plans musculaires des piliers. Il y a rétention du pus, les contractions des muscles interrompant à tout instant la continuité des voies d'échappement et, par suite, pérennité de l'abcès.

CHAPITRE VIII

Diagnostic.

SOMMAIRE. — *Les commémoratifs et les troubles fonctionnels sont insuffisants pour établir le diagnostic qui est justiciable d'une exploration directe. — Eliminer les amygdalites aiguës, les périamygdalites, le phlegmon latéro-pharyngien, les gommes suppurées de l'amygdale, les foyers profonds de pharyngomycose, les chancres indurés atypiques, l'épithéliome, le lympho-sarcome, le fibrome, l'hypertrophie des amygdales, les calculs, les kystes hydatiques.*

Les commémoratifs et les troubles fonctionnels ne suffisent pas à déterminer le diagnostic d'abcès chronique de l'amygdale. Ils sont du domaine d'un grand nombre d'affections bucco-pharyngiennes. Chaque symptôme de cette espèce, pris individuellement, a des significations multiples. Les phénomènes douloureux ne donnent aucune indication précise. L'expuition intermittente d'un liquide purulent appartient à toutes les suppurations fistuleuses de la bouche, du pharynx et aussi au passage à travers l'arrière-cavité des fosses nasales d'écoulements purulents provenant de cette cavité ou des divers sinus frontaux et sphénoïdaux.

Il est donc indispensable de pratiquer l'exploration directe de l'amygdale malade.

On éliminera la possibilité d'une amygdalite aiguë, d'une périamygdalite, d'un phlegmon latéro-pharyngien qui évoluent en

entraînant des ascensions thermiques et des troubles généraux, et un ensemble de symptômes locaux qui sont, *pour la péri-amygdalite,* un œdème très accusé et unilatéral du voile du palais et des piliers ainsi qu'un léger trismus ; *pour le phlegmon latéro pharyngien*, un empâtement des régions sous-maxillaires et parotidiennes. Ces deux affections ont d'ailleurs une marche bien définie : la première aboutit à une suppuration qui se fait jour prématurément ; la seconde appelle une incision précoce sous peine de provoquer des fusées purulentes le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, dans le tissu cellulaire rétro-pharyngien, etc.

On songera à faire le diagnostic avec les gommes syphilitiques suppurées de l'amygdale. Les antécédents, la coexistence de lésions spécifiques en d'autres points de l'organisme, le ramollissement rapide du foyer gommeux qui ne tarde pas à se vider et à prendre l'aspect objectif des ulcérations tertiaires, creusées profondément dans les tissus, à fond bourbillonneux, à bords taillés à pic, mettront sur la voie du traitement qui jugera la question. D'ailleurs, les tendances envahissantes de ces lésions qui ne se réparent pas spontanément et ne subissent de temps d'arrêt que sous l'influence de la médication antisyphilitique viennent encore séparer ces syphilomes de l'abcès chronique de l'amygdale : ouvert, celui-ci guérit en quelques jours.

Les foyers profonds de pharyngomycose par les touffes de leptothrix, les chancres indurés par leur base résistante et donnant au doigt comme une sensation de cartilage, se différencieront facilement des abcès chroniques avec induration de l'amygdale.

L'épithélioma de cet organe aboutit à des ulcérations spéciales ; il a généralement une symptomatologie trop typique pour qu'il fasse hésiter le diagnostic ; il en est de même du lupus et des gommes scrofulo-tuberculeuses.

Certaines tumeurs comme le lympho-sarcome pourraient donner le change; la généralisation aux ganglions de l'angle de la mâchoire, les caractères de ces tumeurs qui sont plutôt mollasses que tendres, d'autre part, en dernier ressort, l'incision exploratrice, lèveront tous les doutes.

Ceci s'applique également à certaines tumeurs bénignes telles que le fibrome et même l'hypertrophie des amygdales.

Il y aura lieu aussi de rechercher si on n'a pas affaire à un calcul de l'amygdale : ces calculs coïncident avec des angines à répétition, avec des œdèmes de la loge amygdalienne et de l'arrière-gorge, et aboutissent à la formation d'abcès qui s'évacuent en entraînant parfois des débris du calcul. Celui-ci apparaît souvent à l'examen direct, au fond d'une ulcération plus ou moins déchiquetée. Le doigt peut et doit l'explorer; le stylet, par la percussion, décèle sa présence. S'il est complètement encapsulé, l'amygdale a, au devant de lui, une dureté pierreuse souvent caractéristique.

Nous ne citons que pour mémoire les abcès par congestion symptomatiques du mal sous-occipital qui par leur situation masquent parfois les régions amygdaliennes et soulèvent des difficultés diagnostiques.

Nous ne voulons pas non plus passer sous silence le cas unique de kyste hydatique de l'amygdale qui n'a pu être reconnu que par la ponction exploratrice et l'examen des débris d'hydatides expulsés.

CHAPITRE IX

Traitement.

Sommaire. — *Aperçu des traitements qui conviennent aux hypertrophies amygdaliennes, en général, et aux hypertrophies avec abcès, en particulier. — Ne pas intervenir activement sur les amygdales lorsqu'elles subissent une poussée aiguë au cours d'un abcès chronique. — Anesthésie locale à la cocaïne (badigeonnage) ; ou bien, si les malades sont pusillanimes, anesthésie générale au bromure d'éthyle, préférable dans ces cas-là au chloroforme. — Repousser l'amygdalotomie. — Antisepsie avant et après le débridement que l'on fera de préférence à l'aide du galvanocautère. — Soins consécutifs à cette intervention : raclage, écouvillonnage, cautérisations. — Obvier aux complications, hémorragies, otite moyenne suppurée.*

Notre tâche n'étant pas de nous occuper de l'hypertrophie simple des amygdales, c'est-à-dire de celle qui est le produit d'un processus inflammatoire vulgaire, soit aigu, soit chronique, mais bien de ces pseudo-hypertrophies amygdaliennes dues, comme nous l'avons exposé plus haut, à deux causes dominantes : ou bien à la persistance d'une certaine quantité de pus qui, au lieu de se résorber, a élu domicile dans une loge tonsillaire à la suite d'une amygdalite phlegmoneuse ; ou bien à l'agglomération de matières caséeuses dans une ou plusieurs lacunes de la glande où l'irritation produite par leur présence a déterminé la formation d'une paroi pseudo-kystique, dans le cours d'une amygdalite caséeuse ; pour ces motifs nous ne passerons que rapidement en revue les divers traitements plus ou moins

employés dans les cas d'hypertrophie simple, nous réservant d'insister d'une façon spéciale sur le traitement des cas qui nous occupent tout particulièrement ; d'autre part, comme le praticien sera à même de trouver le plus souvent les deux affections combinées, par cette raison bien simple que leur processus est identique, nous croyons que cette revue thérapeutique d'ensemble ne sera pas œuvre inutile.

Et d'abord rappelons comme règle générale qu'il est toujours important de *ne pas agir sur des amygdales enflammées*. Dans ce cas, on préparera la glande à une intervention plus active, par les badigeonnages astringents tels que l'alun, le jus de citron, ce dernier étant d'un emploi facile et d'une complète innocuité et par cela même très recommandable surtout chez les enfants.

A. — Indiquons sans nous y arrêter comment on procédera suivant que l'amygdale sera pédiculée, c'est-à-dire fera plus ou moins saillie hors de sa loge, ou bien qu'elle sera sessile, c'est-à-dire emprisonnée par les replis des piliers qui l'englobent dans une sorte de capuchon, forme pour laquelle M. Moure a proposé la dénomination d'amygdales encapuchonnées.

Pour le premier cas, nous ne ferons que citer l'emploi à peu près abandonné du bistouri et des ciseaux. Nous n'insisterons pas sur l'excision de la glande à l'aide de l'amygdalotome classique : cette opération, qui est commode pour débarrasser du premier coup le patient d'une énorme tonsille, a le grave inconvénient de faire toujours craindre des hémorragies pouvant mettre en danger la vie du sujet, et, pour cette raison, ne doit pas être employée après l'âge de quinze ans. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur l'emploi si commode et si utile du serre-nœud galvanique qui constitue dans ces formes d'amygdales pédiculées le meilleur mode d'intervention opératoire, nous réservant d'y revenir en détail à la fin de ce chapitre au sujet de la forme d'amygdalite qui nous occupe particuliè-

rement. Nous ferons simplement observer l'utilité qu'il y a, surtout chez les enfants ou les personnes timorées, à anesthésier la tonsille et la région avoisinante, soit à l'aide d'une solution de cocaïne au 1/10, en badigeonnages, soit en faisant inhaler au malade du bromure d'éthyle qui est très recommandable dans tous les cas d'opérations sanglantes pratiquées sur les voies aériennes où le chloroforme ne peut pas trouver son application.

Nous ne pouvons guère insister non plus sur les modes de traitement le plus souvent mis en usage dans les formes encapuchonnées des amygdales. Citons simplement l'emploi difficile, long et abandonné aujourd'hui des caustiques tels que : teinture d'iode, acide chromique, pâte de Vienne, nitrate d'argent, etc.; les essais d'électrolyse faits par Hering, méthode qui constitue en somme un moyen peu applicable à cause de ses diverses difficultés pratiques. Ajoutons, en passant, qu'ici le bistouri doit être complètement rejeté par suite même de la forme déprimée de la tumeur; pour le même motif, nous ne nous arrêterons pas davantage à l'amygdalotomie, car on comprendra sans peine que la tonsille, se trouvant pour ainsi dire enchatonnée par les piliers, ne pourra pas être circonscrite par l'anse de l'amygdalotome, et qu'au moment du déclanchement des couteaux, la guillotine glissera sur la surface de la glande ou ne pourra tout au plus en sectionner qu'une épaisseur très minime, tout en ajoutant à cette manœuvre incertaine les craintes toujours redoutables d'une hémorragie consécutive. Devant ces imperfections opératoires, nous ne pouvons entièrement passer sous silence cette méthode qui après bien des années d'oubli a été remise en honneur en France par Krishaber, en 1881, recommandée depuis par beaucoup de praticiens et qui a fait l'objet de nombreux travaux de MM. Ruault, de Saint-Germain, Balme, Dodart, Noquet, Valat, Ricardeau, etc. : nous

voulons parler de l'ignipuncture. Ne devant pas la décrire ici, nous nous contenterons de l'indiquer seulement à grands traits : après cocaïnisation préalable de l'amygdale, on déprimera la langue à l'aide d'un abaisse-langue ou d'un ouvre-bouche et on plongera profondément la lame du couteau galvanique chauffé au rouge sombre dans la tonsille, de façon à tracer un sillon profond d'arrière en avant (Moure). Puis, parallèlement à celui-ci, on en pratiquera un ou deux autres assez rapprochés du premier pour qu'ils puissent se réunir en un seul. Ce procédé donne des résultats supérieurs à la méthode ponctuée qui avait l'inconvénient de produire des poussées inflammatoires ou bien de donner lieu à la formation de cratères où venaient se collecter de véritables abcès purulents. Les précautions post-opératoires, repos, glace et gargarismes émollients et antiseptiques, ne doivent pas être oubliées. Nous ne parlons pas des avantages du galvanocautère sur le thermocautère, employés en pareil cas ; nous y reviendrons tout à l'heure.

Un troisième genre d'hypertrophies tonsillaires ou pseudo-hypertrophies sont celles qui ont été si bien décrites par M. Cornil et qui ne sont vraisemblablement, la plupart du temps, ainsi que nous l'avons déjà dit, que la première phase du processus de formation de nos abcès kystiques : nous voulons parler des inflammations tonsillaires amenant l'accumulation dans les cryptes d'une quantité variable de muco-pus ou de matières caséeuses. Nous ne dirons rien de l'emploi des caustiques en pareil cas, iode, nitrate d'argent, etc., dont les résultats ont été incertains et variables; nous indiquerons en passant le curettage des culs-de-sac, suivi de leur cautérisation au galvanocautère, procédé qui produit ordinairement d'excellents effets, mais qui peut avoir parfois l'inconvénient de favoriser l'oblitération de quelque lacune par soudure des bords de son orifice : d'où poussée inflammatoire et formation

d'abcès. Enfin nous ne pouvons passer sous silence une nouvelle méthode imaginée en 1884 par Hoffmann, M. Schmidt et reprise en France par les Drs Calmettes, Martin et Lubet-Barbon ; nous voulons parler de la discision ; elle consiste à déchirer les brides ou cloisons séparant les diverses lacunes amygdaliennes. Pour cela, « l'amygdale ayant été anesthésiée par les procédés ordi-» naires et la langue abaissée, on cherche à introduire un » crochet mousse ou acéré dans une lacune, en essayant de le » faire ressortir par l'orifice d'une autre, de manière à charger » sur le crochet une bride ou paroi lacunaire, puis d'un mouve-» ment brusque, tirant le crochet au dehors, l'opérateur déchire » le tissu friable qu'il avait pris dans son instrument. L'orifice » des cryptes se trouve ainsi peu à peu agrandi et les sécrétions » qu'elles contiennent s'échappent librement dans la bouche du » malade qui les crache (1). » On a soin de cautériser la poche à l'aide du galvanocautère ou d'une solution iodo-iodurée. Cette opération doit être faite en plusieurs séances, afin de ne pas trop fatiguer le patient. On pourra enfin niveler la surface devenue inégale de l'amygdale par l'application du couteau galvanique.

Nous arrivons ainsi tout naturellement aux divers modes d'intervention qui peuvent être utilisés dans tous les cas d'hypertrophies tonsillaires compliqués de la formation d'un abcès chronique.

B. — Si le pourtour du kyste est enflammé, on fera bien de conseiller au malade un badigeonnage astringent fait matin et soir pendant une dizaine de jours ; on se servira d'alun ou mieux de jus de citron ; outre son emploi fort commode et sa complète innocuité, ce dernier réussit très bien à faire diminuer considérablement le volume des tonsilles qu'il ratatine et durcit.

Au moment de l'intervention opératoire, on ne négligera pas

(1) Traitement de l'hypertrophie des amygdales, par le Dr E. J. Moure, 1891.

les soins ordinaires de l'antisepsie en faisant nettoyer la bouche du malade par des rinçages et un gargarisme avec de l'eau boriquée; puis on anesthésiera, à l'aide d'une solution de cocaïne au 1/10, l'amygdale, tout le pourtour de sa loge, les piliers, un peu la base de la langue, ainsi que la paroi pharyngienne et la portion du voile du palais correspondant au côté qui doit être opéré.

Cette application sera faite au moyen d'un pinceau ou mieux d'un porte-ouate ordinaire coudé, à l'extrémité duquel on enroule un petit tampon d'ouate, et que l'on imbibe légèrement de la solution cocaïnisée; il sera bon de faire deux ou trois de ces applications à une minute d'intervalle. Dix minutes après, l'anesthésie sera complète. Quant aux injections de cocaïne dans la glande même, elles sont absolument inutiles, vu la sensibilité ordinairement assez émoussée de cet organe. L'insensibilité est obtenue par le simple badigeonnage; de plus, les injections interstitielles de cocaïne sont dangereuses par les phénomènes d'intoxication qu'elles peuvent provoquer.

La région étant anesthésiée, quel mode d'opération devra-t-on choisir?

Nous ne dirons rien de l'application des caustiques dont l'emploi est peu commode, peut présenter des dangers (pâte de Vienne), dont l'action ne peut être suffisamment limitée et dont les résultats peuvent être déplorables par suite de durée de la suppuration et du milieu éminemment septique qui favorise cette dernière.

Que dirons-nous des ponctions simples de la poche, si ce n'est qu'elles sont insuffisantes et cela pour deux raisons : d'une part la reproduction inévitable du pus dans le cas où la fluidité de ce dernier permet de pouvoir le retirer entièrement; d'autre part l'impossibilité de libérer complètement l'abcès du liquide épais ou même des grumeaux qu'il renferme ordinaire-

ment. Quels résultats pourrait produire l'injection d'un liquide modificateur (teinture d'iode par exemple) dans la poche ponctionnée ? Il est probable que par suite du processus d'inflammation produit par le liquide irritant, ces parois tendant à oblitérer le sac enserreraient les concrétions caséeuses qui deviendraient un véritable calcul, point de départ de nouvelles poussées inflammatoires et d'un nouvel abcès.

Nous arrivons aux moyens radicaux. Dans le cas où l'amygdale hypertrophiée elle-même formerait avec l'abcès chronique une énorme tumeur faisant saillie en dehors de sa loge, on pourrait faire de l'anse galvanique un emploi fort utile en enlevant en un seul temps et la glande elle-même et l'abcès enkysté, ou du moins une partie de celui-ci ; dans ce dernier cas, ce procédé aurait l'avantage, en décoiffant pour ainsi dire la poche, d'en étaler largement le fond et de la mettre par suite complètement à l'abri d'une récidive. Le premier temps de l'opération, qui est le plus délicat, consiste à enserrer l'amygdale dans l'anse galvanique ; pour cela on pourra s'aider d'un stylet quelconque ou mieux de l'index gauche ; on aura pris à l'examen la précaution de graduer le courant de façon que le fil soit porté au rouge sombre, sans quoi le fil pourrait se fondre, et la tonsille resterait à moitié sectionnée, ou bien l'hémostase ne se produirait pas, et on aurait à combattre une hémorragie. Le second temps de l'opération consiste à faire passer le courant par saccades, comme le recommande M. Moure, tout en raccourcissant le circuit. « Ces » interruptions fréquentes de courant empêchant le fil de se » chauffer outre mesure permettent de faire l'hémostase habi- » tuelle dans ces cas. » Ce procédé au serre-nœud devra être toujours préféré à l'amygdalotomie par le bistouri ou l'amygdalotome, à cause des hémorragies qui peuvent accompagner ces opérations.

Envisageons maintenant les cas les plus fréquents où le volume

de l'amygdale qui renferme un abcès chronique est normal et même, ce qui peut arriver, où la glande est atrophiée.

Nous nous trouvons alors en présence des conditions les plus simples qui ne réclament que les interventions ordinaires de la chirurgie.

C'est, d'une part, l'incision simple au bistouri; d'autre part, l'incision suivie du raclage, de l'écouvillonnage et de la cautérisation de la poche. Nous terminerons enfin par l'incision au thermocautère et mieux au galvanocautère.

Pour inciser l'abcès tonsillaire, on se servira d'un bistouri droit et solide; on entourera la plus grande portion de sa lame d'ouate entortillée ou d'une bandelette de gutta-percha, ne laissant à nu qu'un centimètre environ de la pointe; on comprend aisément la nécessité de cet organe de protection quand on opère dans une cavité où un faux mouvement du malade peut provoquer chez lui une blessure grave. Bien entendu, l'anesthésie est faite comme elle a été indiquée plus haut. On incise alors l'abcès verticalement, sur toute sa longueur, en ayant soin de pénétrer assez profondément afin d'ouvrir entièrement la poche qui le plus souvent occupe toute l'épaisseur de la glande. Puis on raclera l'abcès dans tous les sens à l'aide d'une petite curette mousse; on étanchera bien le sang, on passera l'écouvillon, et enfin on cautérisera l'intérieur de la poche avec une solution iodée ainsi formulée et appliquée à l'aide du porte-ouate que nous avons décrit tout à l'heure :

Acide trichloracétique.....	0 10 centigrammes.
Iode métallique.....	0 25 —
Iodure de potassium.....	0 50 —
Glycérine pure.....	5 grammes.
Eau distillée.....	10 —

On se servira également avec avantage d'une solution au chlorure de zinc qu'on pourra ainsi formuler :

Chlorure de zinc.....	1 gramme.
Acide chlorhydrique.....	1 goutte.
Cocaïne.....	0 15 centigrammes.
Eau distillée.....	10 à 15 grammes.

Nous recommanderons de faire l'incision assez grande afin de pouvoir vider facilement l'abcès et d'éviter ainsi la présence d'un clapier qui pourrait devenir le point de départ d'une nouvelle collection caséeuse. On fera bien également de cautériser les bords de la plaie avec la lame du galvanocautère, de façon à permettre aux lèvres de l'incision de rester béantes; sans cette précaution, elles pourraient se souder à nouveau et constituer un nouvel abcès.

La dernière méthode consiste dans l'emploi du cautère seul, thermo ou galvanocautère.

Après anesthésie préalable, la lame de l'instrument *portée au rouge sombre* fera, comme avec le bistouri, une incision verticale nette, d'une longueur de 10 à 12 millimètres; on videra avec soin la tumeur et on cautérisera, toujours avec le feu, tout le pourtour de la paroi intérieure du kyste; on s'assurera enfin que la poche ne communique pas avec des clapiers secondaires, sans quoi on les cautériserait de la même façon. Quant au choix de l'instrument, le galvanocautère est bien préférable au thermocautère. Il a sur lui l'avantage de pouvoir être introduit dans la bouche à froid et de ne pas effrayer le patient quand on a affaire à un malade pusillanime. (L'ouvre-bouche de Mathieu, celui qu'emploie M. Moure et qui résulte de la combinaison des deux modèles de Mathieu et Charrière trouveront ici leur application.)

Quant aux complications qui peuvent accompagner ces interventions, la plus redoutable est l'hémorragie. Quand on opère

au couteau galvanique, elle n'est pas à craindre immédiatement après l'incision, pourvu qu'on ait eu soin de maintenir la lame au rouge sombre; l'hémostase est alors assurée. Mais après la cautérisation ignée, elle peut se produire à l'époque de la chute de l'eschare. Pour l'éviter, on recommande au malade les précautions que nous allons indiquer; et si elle survient on l'arrêtera par la compression simple ou à l'aide des hémostatiques locaux et généraux. Mais empressons-nous de dire que cet accident est fort rare. Une complication plus commune, mais bénigne, est l'otite moyenne aiguë suppurée par propagation inflammatoire.

C'est pour éviter autant que possible ces complications qu'on recommandera au malade de sucer un peu de glace dans le courant de la journée, de garder la chambre, et qu'on lui prescrira l'alimentation froide pendant quarante-huit heures et un gargarisme émollient et antiseptique que le Dr Moure formule ainsi et qui lui a toujours donné les meilleurs résultats :

Bromure de sodium..... } Borate de soude..... }	ââ	6 grammes.
Acide phénique.....	1	—
Glycérine pure.....	50	—
Décoction d'orge et de racine de guimauve	450	—

Pour couper avec moitié eau de guimauve et employer en bains de gorge plusieurs fois par jour.

On pourrait remplacer l'acide phénique par l'hydrate de chloral ou encore par la résorcine à la dose de 3 à 5 grammes pour la même quantité de liquide.

CONCLUSIONS

Les abcès chroniques de l'amygdale sont le plus souvent consécutifs à une amygdalite phlegmoneuse aiguë.

Leur étude est toute récente, puisque la première observation remonte à 1884.

Ces abcès peuvent affecter les allures cliniques des abcès froids, mais ils n'ont rien de commun avec les lésions scrofulo-tuberculeuses.

Leur chronicité s'explique par leur évacuation difficile au travers de trajets fistuleux minces, tortueux, en contact avec des plans musculaires qui les oblitèrent partiellement ; leur situation profonde et leur enkystement dans les tonsilles contribuent encore à les isoler et à permettre aux liquides purulents de s'atténuer à la longue et peut-être de se concréter pour former des calculs.

Cette affection a une physionomie clinique bien nette qui se dégage de l'exposé des faits, lesquels sont actuellement au nombre de dix. L'un d'eux a été l'objet de quelques recherches bactériologiques qui contribueront peut-être à élucider la pathogénie de ces suppurations chroniques.

Le débridement de ces abcès au galvanocautère, en permettant le nettoyage de la poche purulente, assure une guérison qui est le plus souvent définitive, au bout de quelques jours.

Vu : Le Doyen,

A. PITRES.

Vu, bon à imprimer :

T. PIÉCHAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 21 juillet 1893.

Le Recteur,

A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Balme. — De l'hypertrophie des amygdales (Thèse de Paris 1888).

Bobone. — Sur une forme d'angine folliculaire contagieuse (Florence, *Bollettino delle Malattie della gola et del naso,* 1er juillet 1888).

Cruveilhier. — *Dictionnaire de Médecine*, art. Acéphalocystes, p. 264.

Davaine. — Traité des entozoaires et des maladies vermineuses, p. 563.

Desnos (L.). — Art. Amygdale du *Dictionnaire de Jaccoud*, t. II, p. 117, 1865.

Fleury. — *Loire médicale*, n° 1, 1887.

Galippe. — Sur la synthèse microbienne du tartre et des calculs salivaires (Comptes rendus de l'Académie des Sciences, n° 19, 1893).

Galippe. — *Journal des Connaissances médicales*, 1889, p. 338.

Garel. — Des abcès chroniques enkystés de l'amygdale consécutifs à l'amygdalite suppurée aiguë (*Annales des Maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, janvier 1889, n° 1).

Grynfelt. — Abcès chronique de l'amygdale (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, n° 34, 1884).

Hingston Fox. — The Fonctions of the tonsils (*Journ. of the Anatomy and Physiol.*, t. XX, 1885-86.

Houzé de l'Aulnoit. — Mémoire sur l'étranglement des amygdales par les piliers du voile du palais, 1864.

Jaccoud. — De l'angine pseudo-membraneuse à pneumocoques (Leçon clinique, mars 1891.

Miller (U. D.). — *Die Mikroorganismen der Mundhœhle*, Leipzig, 1889.

Moure. — *Revue mensuelle de Laryngologie*, etc., p. 413, t. VIII, 1888.

Moure. — Traitement de l'hypertrophie des amygdales, 1891.

Nabias (de) et Sabrazès. — Corps étrangers et productions cornées de l'arrière-gorge dans les pharyngomycoses. Action du chloro-iodure de zinc sur le leptothrix buccalis (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1892).

Natier. — Abcès chronique de l'amygdale droite simulant un fibrome (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, janvier 1889).

Netter. — Microbes pathogènes contenus dans la bouche des sujets sains; maladies qu'ils provoquent (*Revue d'Hygiène*, juin 1890, p. 501).

Noquet. — *Revue mensuelle de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, p. 393, t. VIII, 1888).

Passaguay. — Tumeurs des amygdales (Thèse de doctorat, Paris 1873, p. 81).

Rendu. — L'angine à pneumocoques (Leçon clinique publiée par le *Mercredi médical*, 8 octobre 1890).

Rendu. — Observation d'angine à pneumocoques (Société médicale des Hôpitaux, 7 mai 1891).

Retterer. — Origine et évolution des amygdales chez les mammifères (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1888, p. 1 à 80 et p. 274 à 360).

Retterer. — Du tissu angiothélial des amygdales et des plaques de Peyer (Comptes rendus hebdomadaires des séances et Mémoires de la Société de Biologie, 1892).

Roger. — Abcès froids dus au staphylocoque doré (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 6 août 1892).

Ruault. — De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne (*Archives de Laryngologie*, 1888, p. 154).

Sabrazès. — Examen histologique et bactériologique d'un cas de rhinolithe (Société d'Ophtalm. et de Laryngol. de Bordeaux, juillet 1893).

Sallard (A.). — Les amygdalites aiguës (Collection Charcot-Debove, 1892).

Stœrk. — Klinik des Krankheiten des Kehlkopfs, Enk... Stuttgard, 1876, p. 109. (Cité par Morell-Mackenzie. Traité pratique des Maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, traduit par Moure et Berthier, p. 79).

Terrillon. — Mémoire communiqué à l'Association française pour l'avancement des Sciences. Grenoble 1885.

Vignal (W.). — Recherches sur les microorganismes de la bouche (*Archives de Physiologie normale et pathologique*, p. 326, 1886).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	7
Chapitre premier. — Anatomie et Physiologie des amygdales	9
Chapitre II. — Historique	16
Chapitre III. — Observations	19
Chapitre IV. — Étiologie	34
Chapitre V. — Symptomatologie	39
Chapitre VI. — Marche. Complications. Pronostic	44
Chapitre VII. — Anatomie pathologique et Pathogénie	48
Chapitre VIII. — Diagnostic	51
Chapitre IX. — Traitement	54
Index bibliographique	67

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.